UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1945-1946 — N° 127

Les otites moyennes du nouveau-né

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 26 Juillet 1946

PAR

Henri, Philippe, René SACCHARIN

Né à **Cayenne** (Guyane Française), le 11 Janvier 1921

Externe des Hopitaux - Diplôme de Médecine du Travail

Diplôme de Médecine Coloniale - Brevet de Médecine de Marine Marchande

Examinateurs de la Thèse

MM. RIVIÈRE, professeur..... *Président*

AUBERTIN, professeur..... } *Juges.*

DESPONS, agrégé..... }

MAHON, agrégé..... }

BORDEAUX

IMPRIMERIE RENÉ SAMIE

21, 23, rue Teulère

1946

SACCHARIN (Henri)

Les otites moyennes du nouveau-né. — Bordeaux, impr. R. Samie, 1946. In-8°, 96 p., fig.

(Thèse Médec. Bordeaux. 1945-1496. N° 127.)

SACCHARIN (Henri)

Les otites moyennes du nouveau-né. — Bordeaux, impr. R. Samie, 1946. In-8°, 96 p., fig.

(Thèse Médec. Bordeaux. 1945-1496. N° 127.)

SACCHARIN (Henri)

Les otites moyennes du nouveau-né. — Bordeaux, impr. R. Samie, 1946. In-8°, 96 p., fig.

(Thèse Médec. Bordeaux. 1945-1496. N° 127.)

SACCHARIN (Henri)

Les otites moyennes du nouveau-né. — Bordeaux, impr. R. Samie, 1946. In-8°, 96 p., fig.

(Thèse Médec. Bordeaux. 1945-1496. N° 127.)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41536508_0032

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1945-1946 — N° 127

Les otites moyennes du nouveau-né

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 26 Juillet 1946

PAR

Henri, Philippe, René SACCHARIN

Né à **Cayenne** (Guyane Française), le 11 Janvier 1921

Externe des Hopitaux - Diplôme de Médecine du Travail

Diplôme de Médecine Coloniale - Brevet de Médecine de Marine Marchande

Examinateurs de la Thèse

MM. RIVIÈRE, professeur..... *Président.*

AUBERTIN, professeur .... } *Juges.*

DESPONS, agrégé. ..... } *Juges.*

MAHON, agrégé..... } *Juges.*

BORDEAUX

IMPRIMERIE RENÉ SAMIE

21, 23, rue Teulère

1946

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. DUPÉRIÉ — **ASSESSEUR** : M. LABAT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. DENIGÈS, BEILLE, DUPOUY, A. MANDOUL, PETGES, GUYOT, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PÉRY

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	N... / DUPÉRIÉ
Clinique chirurgicale et gynécologique	CHARRIER
Clinique chirurgicale	PAPIN
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE
Anatomie pathologique et microscopie clinique	DE GRAILLY
Anatomie	VILLEMIN
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL
Hygiène	N...
Médecine légale et deontologie	DERVILLÉE
Electroradiologie et clinique d'électricité médicale	RÉCHOU
Chimie	CHELLE
Botanique et matière médicale	GOLSE
Pharmacie	VITTE
Physiologie	FABRE
Clinique médicale des maladies des enfants	FONTAN

	MM.
Zoologie et parasitologie	SIGALAS
Médecine expérimentale	AUBERTIN
Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX
Clinique chirurgicale infantile et orthopedie	LOUBAT
Clinique des maladies infectieuses	DAMADE
Chimie biologique et médicale	MACHEBŒUF
Physique médicale et pharmaceutique	N...
Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques	BONNIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA
Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET
Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN
Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT
Hydrologie thérapeutique et Climatologie	CREYX
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ

MM. PERRENS (Maladies mentales), FAUGÈRE (Obstétrique).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN.

	MM.
Anatomie	DUFOUR
Histologie	BROUSSY
Physiologie	N...
Médecine générale	PIÉCHAUD / N... / N... / BROUSTET / N... / SARIC / DUBARRY
Chirurgie générale	N... / MASSÉ

	MM
Chirurgie générale	N... / MAGENDIE / POUYANNE
Obstétrique	N... / MAHON
Ophtalmologie	N...
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS
Dermatologie et syphiligraphie	N...
Physique médicale	N...
Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	CASTAGNOU
Histoire naturelle pharmaceutique	GIRARD
Pharmacie	MESNARD / N...
Histoire naturelle médicale et parasitologie.	N...

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	MASSÉ
Accouchements	MAHON
Puériculture	FAUGÈRE
Zoologie et parasitologie	R. MANDOUL
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI
Ophtalmologie	N...
Anatomie	J. BEAUVIEUX
Chimie minérale	CASTAGNOU

	MM.
Botanique	GIRARD
Cryptogamie	GIRARD
Pharmacie galénique	MESNARD
Bactériologie	MOUREAU
Physiologie	Mlle ROUGIER
Chimie biologique	TAYEAU
Parasitologie et biologie appliquées	PAUTRIZEL
Pathologie chirurgicale	J. VILLAR / CHAVANNAZ
Electro-radiologie	CAILLON

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PERE, A MA MERE,

Je leur dédie ce modeste travail, faible témoignage de ma profonde affection.

A LA MEMOIRE DE MON FRERE CHARLES.

A MA FEMME.

A TOUS MES PARENTS.

A MES AMIS.

A MES MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE DE BORDEAUX.

A MES MAITRES DES HOPITAUX :

Stage :

1940-1941. — Professeur JEANNENEY (*in memoriam*).
Docteur AUGISTROU.

1941-1942. — Professeur agrégé DUFOUR.
Docteur AUGISTROU.

Externe :

1943. — Professeur PAPIN.
Professeur agrégé DUFOUR.

1944. — Professeur LOUBAT.
Professeur DAMADE.

Faisant fonction d'interne :

1945. — Professeur JOULIA.
Professeur AUBERTIN (Cholet).

1946. — Professeur JOULIA.

A Monsieur le Docteur R. BOURSIER,

Médecin-Accoucheur des Hôpitaux,

Qui nous a si aimablement communiqué les observations de son service.
Respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Docteur CHASTRUSSE,

Chef de Clinique Obstétricale,

Qui nous a inspiré ce sujet de thèse.
En témoignage de notre gratitude.

A Monsieur le Docteur J.-P. MOURE,

Ancien Chef de Clinique d'Oto-Rhino-Laryngologie

A NOTRE JURY DE THESE.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE,

Monsieur le Professeur M. RIVIERE,

Professeur de Clinique d'Accouchements,

Chevalier de la Légion d'honneur,

Croix de Guerre,

Officier de l'Instruction publique,

Qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider cette thèse, nous témoignant ainsi une estime à laquelle nous sommes très sensible. Qu'il veuille bien accepter nos vifs remerciements et notre profonde reconnaissance.

INTRODUCTION

L'étude de l'otite du nouveau-né a connu, ces dernières années, un regain d'actualité à la suite du nouveau moyen de diagnostic proposé par Grenet, Lallement et L'Hirondel avec la ponction d'antre.

Au cours de l'hiver 1942-1943, tant à la Maternité qu'à la Clinique Obstétricale de Bordeaux, Balard, Rivière, Depons et Chastrusse ont pensé à examiner systématiquement les oreilles des nouveau-nés qui présentaient des troubles digestifs rebelles à la thérapeutique habituelle et constaté l'existence fréquente d'otites ou d'oto-antrites dans ces cas, qui ont guéri à la suite de paracentèses ou d'antrotomies.

Fin 1943, Chastrusse consacrait un mémoire à l'étude de l'otite moyenne aiguë du nouveau-né, dans lequel il rapportait 13 cas (6 personnels, 7 puisés dans les thèses de L'Hirondel, Bouche, Pommeret) et s'élevait contre la conception généralement admise de l'antrite obligatoire, de l'oto-antrite, pour attirer l'attention sur le fait que l'otite existe d'abord généralement seule et que la paracentèse faite alors assure la guérison.

Depuis, l'otite est systématiquement dépistée à la Clinique Obstétricale de Bordeaux, et nous avons eu ainsi 2 cas en 1943, 2 en 1944, 20 en 1945 (qui ont fait l'objet d'une publication de Rivière et Chastrusse, *Notre expérience de l'oto-antrite du nouveau-né*, et d'un mémoire encore inédit de Chastrusse, *L'otite moyenne aiguë du nouveau-né*, qui doit paraître dans *La Pédiâtrie*), 30 pour le premier quadrimestre de 1946 (Rivière, Moure et Chastrusse, *Société de Pédiâtrie de Bordeaux*, du 12 juin 1946).

Une étude parallèle portant sur 22 cas a été menée à la Maternité de Pellegrin par Boursier (*Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Bordeaux*, séance du 28 janvier 1946) et par Boursier et Ducassou (*Société de Médecine infantile de Bordeaux*, séance du 12 juin 1946), ce qui fait une expérience unique de 76 cas d'oto-antrite du nouveau-né, en quatre ans.

⁂

Avant d'étudier notre sujet, nous tenons à remercier le Professeur Rivière et le Docteur Boursier, qui ont bien voulu mettre à notre disposition les observations de leurs beaux Services; le Docteur Moure, ex-chef de Clinique O.R.L., qui a examiné et opéré la plupart de nos petits malades; enfin, le Docteur Chastrusse, chef de Clinique Obstétricale, qui nous a donné le sujet de thèse et a bien voulu nous aider de ses conseils.

Notre travail comprendra 8 parties :

I. Anatomie de l'oreille du nouveau-né.

II. Historique.

III. Etiologie.

IV. Clinique :

— Symptomatologie de l'otite du nouveau-né;

— Evolution et complications, en particulier l'antrite;

— Diagnostic;

— Pronostic.

V. Anatomie pathologique.

VI. Pathogénie.

VII. Traitement :

— Prophylactique;

— Curatif.

VIII. Conclusions.

ANATOMIE DE L'OREILLE DU NOUVEAU-NÉ

Nous n'étudierons que l'oreille moyenne, avec ses cavités annexes, et nous dirons un mot de l'oreille externe, puisque ce sont ses particularités qui conditionnent l'examen otoscopique réputé si délicat du tympan, chez le nouveau-né.

OREILLE EXTERNE

Elle est peu développée chez le nouveau-né.

Rheuter la décrit ainsi : « Le pavillon est replié sur lui-même. Le conduit auditif se présente comme une fente aplatie de haut en bas, dont la paroi supérieure est constituée par un segment externe, osseux, appartenant à l'écaille du temporal, et un segment interne membraneux qui n'est autre que la membrane du tympan à peine inclinée. »

En effet, le conduit est fortement oblique en bas et en dedans. Pour certains, la membrane tympanale serait horizontalement placée.

Pour Prunak, Symington, Poirier, etc., son degré d'inclinaison est sensiblement le même que chez l'adulte, mais la forte obliquité en bas du conduit auditif modifie l'angle que forme la paroi supérieure du conduit avec la membrane, et celle-ci se trouve presque située dans son prolongement.

Pour Testut-Latarjet, le tympan est franchement horizontal chez l'embryon; il se redresse chez le nouveau-né déjà sous un angle de 30° à 35° avec l'horizontale.

Le conduit auditif externe est rempli de squames épidermiques avec une muqueuse souvent plissée. On comprend, dès lors, que l'examen de l'otologiste ne sera pas facilité par ces conditions anatomiques.

OREILLE MOYENNE

Elle dérive de la portion postérieure de la gouttière interne de la première fente branchiale dont les lèvres se soudent, formant un canal. La partie moyenne de ce canal donnera la caisse du tympan; la partie ventrale ouverte dans le pharynx, la trompe d'Eustache, et la portion dorsale, l'antre et les cellules mastoïdiennes : caisse en avant, antre, en arrière et légèrement au-dessus, de volume sensiblement égal, communiquant par un court et large canal : l'aditus.

Antre, aditus, caisse et trompe s'échelonnent sur un même axe oblique en avant, en dedans et légèrement en bas.

La caisse et l'antre sont remplis à la naissance par une substance gélatineuse, décrite classiquement sous le nom de bouchon muqueux. Il s'agit d'une infiltration œdémateuse disparaissant quelques heures après la naissance.

Les dimensions de ces cavités sont les mêmes que chez l'adulte.

Voyons les divers éléments de cette oreille moyenne.

Antre mastoïdien.

Il est constant à la naissance. Sa date d'apparition est variable suivant les auteurs. Il manque exceptionnellement. Classiquement, il représente l'unique cellule mastoïdienne, alors que, pour certains auteurs, les autres cellules mastoï-

diennes existent à la naissance; toutefois, ces cellules très rudimentaires ne jouent, en fait, aucun rôle.

D'ordinaire, l'antre est une vaste cavité en nid qui évide complètement la mastoïde; d'autres fois, il est petit. L'antre est très superficiel, recouvert par une mince coque osseuse, d'où facilement accessible. Il présente à sa voûte des déhiscences (Mouret) qui favoriseraient la propagation à l'étage supérieur crânien.

Apophyse mastoïde.

Elle n'existe pas chez le fœtus à terme. Elle va se développer, pendant la première année, aux dépens d'un petit tubercule situé au niveau et un peu en arrière de l'extrémité supérieure de la branche postérieure de l'os tympanal. Son grand axe est horizontal chez le fœtus et se redresse ensuite progressivement. Le massif mastoïdien est d'abord situé tout entier en arrière et au-dessus du conduit auditif externe, puis il s'accroît vers le bas.

Chez l'adulte, on distingue 4 types de mastoïdes. Classiquement, le type diploïque serait l'apanage de l'enfance, et l'évolution se ferait vers la pneumatisation complète. En réalité, il y a une variabilité extrême de la mastoïde chez le nouveau-né et le nourrisson comme chez l'adulte. Mais toujours il y a une cavité (antre) juxta-tympanique à communication directe avec la caisse.

Aditus.

C'est un court et large couloir dessinant une courbe concave vers le bas, de dimensions presqu'égales à celles qu'il a chez l'adulte.

L'aditus aplati de haut en bas ne réunit que les parties hautes de l'antre et de la caisse. D'où il ressort que le drainage de la majeure partie de l'antre par la caisse est impossible.

Caisse.

Elle a les mêmes dimensions que chez l'adulte. Les osselets ont déjà la taille adulte. L'étrier et la fenêtre ovale sont bien moins protégés que chez l'adulte.

Trompe.

C'est un canal étroit dont l'orifice pharyngé n'est pas protégé, comme chez l'adulte, par le bourrelet tubaire; de telle sorte que l'infection d'origine pharyngienne est favorisée.

Toute cette région est richement irriguée et innervée.

Au moment de la naissance, la caisse subit une transformation rapide et considérable (résorption du bouchon muqueux, circulation de l'air, fonctionnement absolument différent de celui qu'elle avait pendant la gestation) qui s'accompagne d'une suractivité circulatoire, qui devient très propice à des inflammations (Moure).

HISTORIQUE

Cet historique se confond avec celui de l'oto-antrite du nourrisson, l'otite du nouveau-né n'ayant qu'exceptionnellement été étudiée isolément, mais en général confondue avec l'otite du nourrisson. Cependant, cette étude méritait d'être faite, le nouveau-né étant un être tout à fait à part, aux réactions propres, chez lequel, comme nous le verrons, l'otite évolue de façon bien particulière, qui ne rappelle que de loin sa symptomatologie chez le nourrisson plus âgé.

Th. Brown, en 1577, parle déjà de la fréquence de l'otite et même de sa coexistence avec les troubles digestifs.

Duverney signale l'otite latente du nourrisson dans son *Traité de l'organe de l'ouïe*, en 1683.

En 1869, Parrot mettait l'otite à l'ordre du jour à propos de l'athrepsie.

En 1898, Veillard montrait que c'est l'antre qui présente les plus grosses lésions.

Dès le début, les auteurs se divisent en deux groupes, selon l'importance qu'ils attribuent à l'oto-antrite dans la pathogénie des accidents observés :

1° L'oto-antrite constatée à l'autopsie n'est pas la cause de la mort; elle est un phénomène terminal, agonique (Parrot, Variot, Veillard, Marfan, etc...) ;

2° L'oto-antrite peut fort bien être primitive et avoir une part dans la mort de l'enfant (Broca et ses élèves, Millet, Hartmann, Barbillon, Comby).

En 1921, Maurice Renaud rapporte qu'à l'autopsie de 70 nourrissons, morts de diarrhée, il a toujours trouvé des lésions de l'antre et de la caisse. Selon cet auteur, l'oto-antrite est la cause de la mort.

En 1925, dans un rapport sur les otites latentes, Le Mée et ses élèves estiment que le pus de la caisse et de l'antre ne nait pas sur place; toutefois, ils reconnaissent qu'il est très nocif. D'une façon générale, les auteurs parlent d'oto-antrite, signifiant par là que l'atteinte de l'antre est quasi-constante.

La discussion, toujours ouverte, est cependant grosse de conséquences, car la thérapeutique en découle. Or, dans une deuxième phase qu'on peut dire thérapeutique, les Américains recourent à l'antrotomie précoce, presque systématique, avec des résultats étonnants (Marriott, Lyman, 1927).

Ribadeau-Dumas, en 1936, élargit même cette conception et pratique l'antrotomie en l'absence de tout signe d'otorrhée devant un état général grave de déshydratation dont on ne trouve pas la cause. En général les auteurs ont craint de le suivre.

Aussi, dans une dernière phase, qu'on pourrait appeler diagnostique, les auteurs s'efforcent-ils de trouver le moyen simple qui permette de faire, à coup sûr, le diagnostic d'antrite et de n'intervenir qu'à bon escient. Ce sont les séances de la *Société de Pédiâtrie de Paris* de 1941, 1942, 1944, de la *Société de Laryngologie des Hôpitaux de Paris*, en mars 1945, où Baron, de Nantes, fait jouer une part importante aux adénoïdites du cavum dans les otites latentes du nourrisson. En janvier 1946, Lévy-Solal et ses élèves publient un article consacré à « L'otite du nouveau-né : ses rapports avec

le syndrome de dénutrition progressive du nouveau-né » (*Presse Médicale* du 19 janvier 1946).

Depuis quelques mois, l'introduction de la pénicilline en thérapeutique a permis de l'essayer dans l'oto-antrite du nourrisson avec des résultats assez discutés (thèse de Descazaux, 1946; communication de Boursier, Rivière, Chastrusse, Molia, « La pénicilline dans l'oto-antrite du nouveau-né », *Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Bordeaux*).

ETIOLOGIE

L'otite moyenne du nouveau-né, avec ou sans complication, est plus fréquente qu'on ne le dit, car n'attirant l'attention par aucun signe auriculaire, elle n'est dépistée que parce que systématiquement recherchée.

On peut s'étonner, toutefois, que, pour ainsi dire jamais citée, il y a quelques années, elle soit si fréquente aujourd'hui. Cela peut s'expliquer par la méconnaissance qu'on en avait. D'autre part, on ne peut qu'être frappé de constater que l'otite est surtout rencontrée en milieu hospitalier, beaucoup plus rarement en clinique ou en clientèle de ville. L'encombrement des hôpitaux, depuis quelques années, pourrait bien être la cause de cette plus grande fréquence de l'otite du nouveau-né.

Cette fréquence est d'ailleurs très variable avec les années et les mois, en particulier en fonction des épidémies d'infections rhino-pharyngées.

En 1942, 1 cas; en 1943, 5 cas; en 1944, 2 cas; en 1945, 24 cas; en 1946, pour le premier semestre, 44 cas.

En 1945, selon les mois, nous avons eu :

En janvier	5	cas.
» février	2	»
» mars	7	»
» avril	2	»
» mai	1	»
» août	2	»
» octobre	1	»
» novembre	1	»
» décembre	3	»

En mars 1945, une grave épidémie grippale s'est abattue sur la région bordelaise. A la Clinique Obstétricale a sévi parallèlement une épidémie importante d'infection puerpuérale.

En 1946, au cours des 5 premiers mois de l'année, nous avons constaté 43 cas d'otite se répartissant ainsi :

En janvier	4	cas.
» février	12	»
» mars	17	»
» avril	8	»
» mai	2	»

Là encore, nous avons noté la fréquence des otites aux mois de février et de mars où sévit une grave épidémie de rhino-pharyngites, de grippe et autres maladies infectieuses. En particulier, à la Maternité de Pellegrin ont évolué de nombreux cas d'infection puerpuérale graves, péritonites, érythèmes scarlatiniformes, etc..., avec 4 morts maternelles.

Il est donc difficile de chiffrer la fréquence des otites chez le nouveau-né, car elle paraît essentiellement fonction de la connaissance de son existence qu'on peut en avoir, et nous sommes persuadé que de nombreux enfants mouraient autrefois de soi-disant coups de chaleurs, syndrome de dénutrition progressive, mort inexpliquée, incapacité de vivre, qui avaient en réalité une otite.

Causes prédisposantes.

1° *La conformation anatomique de l'oreille du nouveau-né.* La trompe d'Eustache du nouveau-né est large et courte, avec un orifice pharyngien non protégé par le bourrelet tubulaire, mais environné de grosses végétations. D'autre part, le nouveau-né est presque toujours horizontalement couché dans son berceau, donc trompe d'Eustache presque

verticale. Dès lors, on comprend que le liquide amniotique, le mucus et les suppurations naso-pharyngées, le lait, puissent facilement atteindre l'oreille moyenne et l'infecter;

2° *La débilité, les affections congénitales* (syphilis, tuberculose, alcoolisme), *la prématurité* sont signalées comme causes favorisantes générales des infections chez le nourrisson.

De fait, sur nos 76 cas, nous trouvons :

27 prématurés;
7 descendants de tuberculeux en activité;
4 descendants de syphilitiques traitées;
4 cas de grossesse gémellaire;
2 cas de débiles, présentant des infections cutanées étendues.

Mais plus encore que facteurs prédisposants, la prématurité et la débilité sont des facteurs de gravité;

3° *Le milieu hospitalier* est aussi une cause favorisante très importante de l'infection otitique : lits trop nombreux et trop rapprochés, salles d'emmaillotage où les enfants sont trop en contact, personnel porteur d'infections rhino-pharyngées, va-et-vient les jours de visite. Comme nous le disions en commençant ce chapitre sur l'étiologie, l'otite du nouveau-né est exceptionnelle dans les familles ou dans les cliniques; l'entassement des maternités est une des causes primordiales de la mortalité infantile.

4° *Le type d'alimentation du nouveau-né.* — L'enfant nourri au sein résiste mieux aux maladies infectieuses. Les auteurs américains considèrent que ces enfants ont plus rarement des manifestations otitiques et qu'ils sont surtout mieux armés pour se défendre. En France, Ribadeau-Dumas ne trouve pas cette bienheureuse influence de l'allaitement maternel; qu'ils soient nourris au sein ou artificiellement,

les enfants sont aussi bien sujets aux otites. Chez les nouveau-nés que nous avons suivis, nous avons trouvé :

24 enfants ayant reçu un allaitement maternel;
28 enfants ayant reçu un allaitement mixte;
24 enfants ayant reçu un allaitement artificiel.

Ces chiffres s'équilibrent donc à peu près exactement, et le mode d'allaitement ne paraît pas avoir d'action. Toutefois, l'allaitement mixte, indiqué dans plusieurs observations pour lymphangites mammaires, donc pour infection maternelle, pourrait compter ainsi indirectement parmi les causes prédisposantes.

CAUSES DÉTERMINANTES.

Il est possible de distinguer 2 variétés d'otite du nouveau-né :

1° Celle qui est contemporaine de la naissance et qui pourrait trouver sa cause dans l'infection de l'oreille par du liquide amniotique, septique, par exemple au cours d'un travail long de manœuvres obstétricales pénibles (version, forceps) et surtout après manœuvres de réanimation et d'insufflation. Nous avons relevé 16 fois ces causes dans nos observations;

2° Celle qui survient dans les jours qui suivent la naissance, et qui reconnaît deux grandes étiologies :

— Soit l'infection puerpuérale;
— Soit l'infection rhino-pharyngée.

a) Les infections de suites de couches se rencontrent fréquemment chez les mères de nouveau-nés atteints d'otite. Nous trouvons ainsi 25 accouchées ayant eu des incidents infectieux, après leurs couches : lymphangite mammaire, endométrite, péritonite, etc.... tant à la Clinique qu'à la Maternité, en 1945 et 1946. Les moments où les otites ont été à leur maximum correspondent aussi à deux épidémies

d'infection puerpuérale. Il est vraisemblable que l'infection puerpuérale maternelle peut déclancher une infection chez le nouveau-né ;

b) Mais la cause la plus fréquente est certainement « la grippe ». C'est tout de même au cours des épidémies de grippe qui se sont abattues sur la région bordelaise en mars 1945 et 1946, que l'on a observé le plus grand nombre d'otites.

Pour terminer enfin ce chapitre étiologique, nous rappellerons qu'il y a lieu de distinguer 2 grandes variétés d'otite, selon qu'elles sont *primitives*, c'est-à-dire existant premières et causes des troubles observés (en les traitant, on guérit l'enfant) ;

— Ou *secondaires*, c'est-à-dire n'apparaissant qu'en cours de maladie, comme une complication, et leur traitement ne saurait prétendre à guérir le malade, à peine l'améliorer temporairement.

CLINIQUE

La clinique de l'otite du nouveau-né est tout à fait spéciale. caractérisée encore plus que chez le nourrisson par l'absence totale de signes fonctionnels appelant l'attention vers l'oreille, mais tout au contraire par son camouflage sous une symptomatologie générale d'emprunt.

Contrairement à l'opinion couramment admise, qui veut que l'atteinte de l'oreille du nourrisson et du nouveau-né soit une oto-antrite, nous décrirons d'abord les signes de l'*otite* du nouveau-né. Les faits sont là, qui montrent qu'une paracentèse faite à temps suffit pour guérir le petit malade, alors qu'après tout ce que nous avons dit de l'anatomie de l'oreille chez le nouveau-né, s'il y a antrite, il ne faut pas espérer qu'elle se draine par l'oreille moyenne. Donc, dans la grande majorité des cas, l'atteinte de l'oreille moyenne existe seule.

Nous décrirons ensuite son évolution, c'est-à-dire ses complications, dont la plus fréquente est l'antrite.

L'OTITE MOYENNE AIGUE DU NOUVEAU-NE

Début.

Il se fait :

Par une légère élévation thermique. Rare;

Par un coryza qui peut être diphtérique ou banal;

Par une gastro-entérite d'intensité variable avec vomissements, parfois incoercibles, diarrhée banale, verte ou en fusée;

Par une infection cutanée comme l'érysipèle qui, souvent étendue chez le nouveau-né, représente un facteur de débilité notable;

Par une chute de poids brutale, principalement dans les dernières 48 heures;

Par une otorrhée d'emblée : en prenant l'enfant pour le faire têter, la maman s'aperçoit que l'oreille a coulé sur l'oreiller (signe de l'oreiller : 11 fois sur 76 cas).

Tous ces cas peuvent exister isolément ou s'associer. Ils apparaissent entre le 5e et le 20e jour, avec un maximum de fréquence vers le 10e, 11e jour. Rapidement, le petit malade va entrer dans la période d'état.

PÉRIODE D'ÉTAT.

Signes généraux

1° Le principal est la chute de poids, chute qui peut continuer la perte de poids physiologique, — et ces nouveau-nés peuvent ainsi perdre 700 à 800 grammes en 5 ou 6 jours —, ou d'autres fois, après la chute physiologique, la courbe remonte, puis recommence à baisser, soit progressivement, soit brusquement, de 100 à 200 grammes par jour. D'autres fois enfin, mais plus rares, la courbe est presque normale, à peine un peu traînante. En définitive, c'est cette chute de poids qui peut exister seule, en dehors de tout trouble digestif, qui est le signe capital : tout nouveau-né qui, malgré les soins qui lui sont apportés (sérum de quinton, perfusion, transfusion), ne cesse de maigrir fait une otite;

2° La température est très variable. D'une manière générale, quand elle existe, elle oscille autour de 37° 2 - 37° 6 et ne s'élève guère au-dessus de 38° 2. Elle peut manquer: elle peut être au-dessous de la normale; toutefois, lorsque les courbes du poids et de la température tendent à se rejoindre, réalisant ce que le Professeur Rivière appelle la convergence des courbes, le diagnostic d'otite est à peu près certain, lorsque, bien entendu, toutes les autres causes possibles ont été éliminées.

Signes fonctionnels

1° Le petit malade n'aura guère d'appétit. Souvent, il refusera de téter, surtout s'il a une alimentation artificielle. Il acceptera plus facilement un biberon de lait maternel;

2° Les vomissements seront variables dans leur fréquence et leur intensité. Nous avons vu des enfants ne rien garder au cours de cette période, seulement un peu de lait humanisé ou de la mère;

3° La diarrhée est fréquente, mais peut manquer. Les selles sont normales, ou liquides, jaunes, vertes, parfois fétides, d'autres fois glaireuses;

4° Les signes de souffrance, qui sont fréquents chez les nourrissons et les grands enfants, font presque totalement défaut ici. Nous avons bien trouvé une fois, au cours de nos observations, un enfant qui a crié et manifesté une douleur. Mais il s'agit là d'un cas exceptionnel. On ne devra pas compter sur ce signe pour penser à une otite.

Signes physiques

Ils sont essentiellement fonction de la perte de poids. On trouvera tous les intermédiaires entre le nouveau-né en excellent état général et physique, bien coloré, à courbe de

poids normale ou à peine traînante, et l'enfant qui, ayant perdu 7 à 800 grammes ou davantage en quelques jours, est amaigri, ventre légèrement creusé, peau gardant le pli; mais même avec des chutes aussi importantes, l'aspect de l'enfant peut rester, en quelque sorte, rassurant, et c'est la courbe de poids, beaucoup plus que l'aspect du nouveau-né, qui fait naître l'inquiétude. Il est exceptionnel que le nouveau-né présente le syndrome cholériforme ou toxi-infectieux avec le teint grisâtre, les yeux excavés, l'état général qui s'aggrave en quelques heures, jusqu'à être rapidement irréversible. Il s'agit beaucoup plus souvent du syndrome d'hypothrepsie ou d'athrepsie, sans le côté toxique si immédiatement alarmant surajouté, bien qu'il puisse aussi se rencontrer.

Evolution.

Elle est très variable, selon qu'il y a extériorisation ou non de la suppuration.

Dans le premier cas, un matin, on s'aperçoit qu'une oreille a suppuré spontanément, l'autre pouvant s'extérioriser quelques heures ou quelques jours plus tard. Les signes généraux et fonctionnels peuvent alors s'amender rapidement; la courbe de poids redevient ascendante: la suppuration peut se tarir ou passer à l'état chronique. D'autres fois, malgré l'extériorisation, l'aggravation se poursuit, parfois après une amélioration passagère, témoignant d'une extension de la suppuration à l'antre.

En d'autres cas, l'oreille ne suppure pas spontanément, et le nouveau-né meurt au milieu de complications pulmonaires cutanées, méningées, ou encore en athrepsie, ou avec le syndrome toxi-infectieux, sans que le diagnostic causal ait été fait. C'est ainsi que nous pensons qu'un certain nombre d'enfants, morts avec le syndrome dit par Couve-

laire et Lacomme, de dénutrition progressive, sont vraisemblablement morts d'une otite ou d'une oto-antrite non diagnostiquée.

COMPLICATIONS.

1° L'*antrite* est la plus fréquente des complications. Elle peut être signée par une élévation brutale de la fièvre à 39°, mais d'ordinaire la température reste aux environs de 37° 5; les signes digestifs peuvent apparaître ou s'aggraver, un syndrome cholériforme ou toxi-infectieux s'installer, mais le signe capital c'est encore la chute du poids qui persiste, que l'on ait fait ou non une paracentèse, et malgré tous les traitements toniques et réhydratants connus, l'évolution vers la mort est fatale si on n'intervient pas. Nous n'avons jamais observé d'extériorisation de la suppuration, comme cela peut se rencontrer chez le nourrisson;

2° Nous citerons rapidement les autres complications plus rares.

Dans nos observations, nous avons constaté :

— *Des complications pulmonaires :* broncho-pneumonies, foyer pulmonaire suppuré localisé à une base;

— *Des complications méningées*, à type de réaction méningée ou de méningite suppurée. Elles n'ont, pour ainsi dire, pas d'existence clinique chez le nouveau-né, il faut savoir les diagnostiquer sur un peu de raideur de la nuque, sans attendre le bombement de la grande fontanelle ou les convulsions. La ponction lombaire faite presque systématiquement lorsque le mauvais état général persiste après la paracentèse et l'antrotomie, permettra d'en faire le diagnostic;

— *Des complications cutanées :*

Soit abcès isolés, développés à la faveur d'une injection

de sérum, par exemple, pourtant aseptique (mais on sait la fragilité de la peau du nouveau-né, surtout prématuré, en particulier s'il est infecté;

Soit abcès multiples, probablement dûs à une généralisation de l'infection.

On pourrait aussi rencontrer les complications citées par les auteurs, à propos des nourrissons :

Complications encéphalitiques;
Thrombo-phlébite du sinus latéral;
Paralysie faciale (exceptionnelle);
Syndrome pâleur-hyperthermie (surtout après antrotomie);
Lésions toxiques du rein (rare);
Septicémie (rare).

Il est évident que lorsque ces complications surviennent au cours d'une otite ou d'une oto-antrite, elles en aggravent considérablement le pronostic.

Enfin, une suppuration chronique peut s'installer, entraînant de la *surdité* et des *troubles plus ou moins graves de la croissance.*

DIAGNOSTIC

Précisément parce que l'otite du nouveau-né est une otite camouflée, clandestine, qui se cache sous une symptomatologie d'emprunt, digestive ou générale, le diagnostic est très difficile.

Diagnostic différentiel.

On éliminera :

— Une erreur alimentaire. Remarquons que l'otite peut frapper un nouveau-né nourri au lait maternel;

— Une rhino-pharyngite pure qui, à elle seule, peut entraîner les troubles digestifs ou généraux énoncés, mais guérit en quelques heures avec les sulfamides, avant la complication otitique;

— Une méningite cérébro-spinale;
— Une tuberculose aiguë;
— Un coup de chaleur;
— Une colibacillose;
— Une affection pulmonaire aiguë;
— Une pyodermite;
— Un abcès sous-cutané;
— Une adénoïdite, etc...

Il est à noter que le diagnostic est d'autant plus difficile qu'un certain nombre de ces affections peuvent compliquer

l'oto-antrite et alors attirer seule l'attention, l'oto-antrite n'étant découverte qu'à l'autopsie.

Diagnostic positif.

Il sera porté par le spécialiste oto-rhino-laryngologiste que l'on aura appelé devant tout nouveau-né qui perd du poids depuis plusieurs jours, sans qu'aucune cause puisse l'expliquer. Dans les antécédents, il pourra y avoir une rhino-pharyngite, mais cela n'est pas constant.

L'examen otologique du nouveau-né, qui se bornait autrefois à l'étude des tympans et à la paracentèse exploratrice et curative du même coup, a bénéficié des recherches modernes : ponction d'antre, radiographie, antrotomie exploratrice et curative, dont nous allons voir ce qu'il faut penser.

1° *Examen otoscopique*

Il est délicat chez le nouveau-né, comme nous l'avons signalé à propos de l'anatomie de l'oreille, et il doit être pratiqué par un otologiste averti. Le tympan du nouveau-né est presque horizontal, et le conduit auditif externe est souvent rempli de squames épidermiques. Toutefois, il est permis de distinguer des modifications de coloration et de forme du tympan.

Dans l'otite moyenne aiguë de l'adulte, le tympan est rouge, violacé, parfois ecchymotique et bombé fortement. La paracentèse s'impose.

Chez le nouveau-né, les modifications sont moins nettes.

Le tympan sera d'abord blanc mat ou gris sale, puis va se teinter, devenir gris jaunâtre et même brunâtre. Parfois, il a un aspect normal.

Sur 64 otoscopies bilatérales qui ont été pratiquées dans nos 76 cas, les tympans étaient :

Rouges dans 79 % des cas;
Gris ternes dans 16 % des cas;
Normaux dans 5 % des cas.

L'otoscopie ne permettant pas à l'otologiste de faire un diagnostic certain, ce dernier a à sa disposition d'autres moyens : la paracentèse tout d'abord.

2° *Paracentèse*

C'est un procédé simple, non dangereux, et qui permet d'explorer à coup sûr la caisse de l'oreille moyenne. Elle mettra en évidence la présence de :

Sang, signe de congestion;
Sérosité, état catarrhal;
Pus, signe de suppuration.

Mais une paracentèse blanche ne permet pas d'éliminer la possibilité d'une antrite (Ribadeau-Dumas). Toutefois, il est à noter que, très souvent (dans 22 % des cas), au cours de syndromes de dénutrition du nouveau-né, avec ou sans troubles digestifs, les paracentèses ont été blanches, mais cette simple intervention, — et *a priori* inutile, puisqu'il n'y avait pas otite, — a suffi à redresser la situation.

3° *Autres procédés*

Baldenweck et Arnaud Guy ont décrit un procédé d'*exploration du labyrinthe vestibulaire* du nouveau-né. Cette épreuve pourrait rendre des services et nous apporter des renseignements intéressants.

*
**

Le diagnostic des complications mastoïdiennes ne sera pas plus facile à faire. On a cité chez le nourrisson des modifications de la paroi postérieure du conduit auditif, que nous n'avons pas observées chez le nouveau-né. Nous savons que la paracentèse peut être blanche. C'est pour permettre un diagnostic certain que Grenet, Lallement et L'Hirondel ont proposé « *la ponction d'antre* », comme moyen simple et sûr de diagnostic et parfois de traitement. Mais la ponction d'antre est discutée et nous ne l'avons pas utilisée.

« Avec les techniques actuelles, l'*antrotomie* est devenue une intervention d'un pronostic bénin et ne présente pas les mêmes dangers que la ponction d'antre » (Descazaux, thèse, Bordeaux, 1946). Aussi beaucoup d'auteurs préfèrent-ils encore l'antrotomie, intervention bénigne, sous anesthésie locale, bien supportée par le nouveau-né, qui est à la fois diagnostique et thérapeutique.

L'antrotomie montrera la présence dans l'antre de :

Sang;
Sérosité louche;
Pus,

ou bien de modifications dans la couleur et la consistance de l'os.

Elle peut aussi être blanche.

Il y a eu 29 antrotomies pratiquées dans nos observations: l'otologiste a trouvé :

1 fois du sang;
8 fois de la sérosité louche;
15 fois du pus;
5 fois des antres normaux.

*
**

N'y a-t-il pas des examens complémentaires capables d'affirmer le diagnostic d'otite et surtout d'antrite ?

1° *La radiographie* n'a pas d'intérêt, du fait de l'ossification insuffisante de la mastoïdite chez le nouveau-né;

2° *L'examen hématologique* pourra nous montrer une hyperleucocytose (thèse de L'Hirondel), mais cela représente un apport bien minime. Au cours de nos observations, il y a eu peu d'examens de sang pratiqués, et nous ne pouvons émettre une opinion sur cette recherche de laboratoire;

3° Enfin, pour affirmer le diagnostic d'oto-antrite, il reste à pratiquer *l'autopsie* sur tout nouveau-né mort, au cours d'un syndrome toxi-infectieux sans cause.

Le diagnostic d'otite chez le nouveau-né est beaucoup plus un diagnostic du pédiâtre que de l'otologiste. Celui-ci pourra trouver ou non des modifications de couleur du tympan. De toutes façons, chez un nouveau-né perdant du poids malgré tous les traitements possibles et sans cause, il fera une paracentèse bilatérale. Celle-ci confirmera le diagnostic d'otite ou sera blanche. Même blanche, elle pourra suffire à assurer la reprise du poids, l'amélioration des signes digestifs. Si, dans les 48 heures, cette amélioration ne s'est pas produite, l'otologiste devra faire systématiquement une antrotomie bilatérale, quelles que soient les données de son examen local. Il reste que, le plus souvent, il aura tout de même trouvé quelques modifications de la couleur et de la consistance du tympan et que son examen est du plus haut intérêt; mais ce n'est pas cet examen qui peut décider de la thérapeutique.

PRONOSTIC

Le pronostic de l'otite du nouveau-né est grave, car, livrée à elle-même, elle tue dans 50 % à 60 % des cas. Lorsqu'il y a oto-antrite, le pronostic est fatal. Par contre, des statistiques de L'Hirondel, Bouché, Pommeret, Ribadeau-Dumas, Holsclaw, Boehm et Bierman, on tire le pourcentage de 50 % à 66 % de guérison dans les oto-mastoïdites du nourrisson opérées.

Sur 76 observations, nous comptons globalement 26 décès, soit 34 % de mortalité.

Le pronostic est fonction de divers facteurs, mais essentiellement du *traitement*, selon que celui-ci sera intervenu au stade d'otite simple ou à celui d'otite compliquée en particulier d'antrite.

En effet, sur 76 observations, nous comptons 56 otites avec 10 décès, soit 17 % de mortalité; 20 oto-antrites avec 16 morts, soit 80 %, et 1 résultat inconnu. Cela signifie :

1° Que l'atteinte de la caisse peut exister isolément sans antrite;

2° Qu'il faut la traiter par la paracentèse bilatérale précoce.

De plus, le pronostic sera modifié par des complications autres que l'antrite. En effet, au cours de nos observations, nous avons noté 12 cas de complications pulmonaires, méningées ou cutanées, avec 6 décès, soit 50 % de mortalité. C'est là un élément important de gravité de pronostic.

La pénicilline est-elle capable d'améliorer le pronostic de l'oto-antrite ?

Boursier, Rivière, Chastrusse et Molia rapportent 17 cas traités par ce nouveau médicament. Ils en éliminent 4 qui ont reçu la pénicilline le jour du décès et à doses trop faibles. Ils retiennent 13 cas ainsi répartis :

6 otites qui, dès la paracentèse faite, ont été traitées à la pénicilline avec 6 guérisons;

7 oto-antrites qui, dès l'antrotomie, ont été traitées à la pénicilline avec 3 guérisons, et 4 échecs vraisemblablement dûs à des doses encore insuffisantes de pénicilline.

De ces résultats découle le schéma thérapeutique que nous indiquerons tout à l'heure.

Les autres facteurs capables d'influencer le pronostic de l'otite du nouveau-né sont :

1° La prématurité, la débilité du nouveau-né, qui aggravent le pronostic. En effet, sur 10 morts d'otite, nous relevons 7 prématurés; sur 16 morts d'antrite, 10 prématurés, dont deux descendants de tuberculeuses;

2° Le mode d'allaitement a-t-il une influence sur le pronostic ?

Sur nos 76 cas, nous relevons :

24 enfants nourris au sein avec 7 décès;
28 enfants nourris à l'allaitement mixte avec 11 décès;
24 enfants nourris artificiellement avec 7 décès.

Si on se rappelle qu'on donne aux enfants un allaitement mixte parce que les mères sont alors infectées, on comprend que le mode d'allaitement n'a pas d'influence par lui-même sur le pronostic, mais que le contact fréquent de l'enfant avec une mère infectée semble augmenter la gravité de l'otite du nouveau-né;

3° Enfin, le pronostic sera plus favorable si l'otite est primitive, car une otite secondaire à un état de dénutrition déjà avancé ne laisse guère d'espoir sur l'avenir du petit malade.

ANATOMIE-PATHOLOGIQUE - BACTÉRIOLOGIE

Dans les travaux de L'Hirondel, nous trouvons une étude approfondie de l'anatomie pathologique des otites chez le nourrisson et le nouveau-né.

LESIONS MACROSCOPIQUES

1° Lésions de la caisse.

Au premier stade, il existe une congestion de la muqueuse, une infiltration du chorion; souvent il n'y a pas d'exsudat dans la caisse.

A un stade plus avancé existe un exsudat muco-purulent. Puis apparaissent des foyers ostéitiques intéressant les osselets et les parois de la caisse.

L'infection peut se localiser à différentes portions de la caisse, à la suite de cloisonnements.

2° Lésions de l'antre.

Nous retrouvons les mêmes stades de lésion que pour la caisse : stade congestif, puis catarrhal, puis purulent, avec ostéite.

Les lésions d'otite et de mastoïdite sont fréquemment bilatérales (dans nos observations, 13 bilatérales, 10 unilatérales).

A l'autopsie des nouveau-nés morts d'oto-antrite, on trouvera souvent des lésions de broncho-pneumonie, d'encéphalo-méningite, de pyélonéphrite, etc...

Quant aux sinus, il semble qu'ils soient de dimensions trop réduites à cet âge pour avoir une grosse influence pathologique.

LESIONS HISTOLOGIQUES

De nombreux auteurs ont étudié ce problème et leurs conclusions sont identiques. Ils ont trouvé constamment des lésions des muqueuses, des lésions de type fibreux. de type scléreux ou œdème, avec une plus ou moins grande infiltration d'hématies, de polynucléaires et de cellules conjonctives.

En France, Baréty et Joseph Renaut en 1869. Maurice Renaud en 1921 avaient déjà montré l'existence de signes d'inflammation de la muqueuse. Des examens anatomo-pathologiques ont été particulièrement nombreux en Amérique (Mac-Mahon, Carmacle, Helwig, Dixon). Microscopiquement, leurs conclusions sont les suivantes :

Les lésions osseuses n'ont rien de caractéristique.

BACTERIOLOGIE

Certains auteurs ont fait la réserve suivante : la présence de pus dans l'oreille moyenne n'implique pas forcément qu'il y ait otite. Il peut s'agir là de muco-pus d'origine pharyngienne. Il faut qu'il y ait lésion de la muqueuse et de l'os pour pouvoir parler d'infection de cette région.

En ce qui concerne la nature des germes, il ne nous a pas été permis de faire sur chacun de nos petits malades un

prélèvement de pus ou de sérosité après paracentèse ou antrotomie. Aussi, dans ce paragraphe, ne parlerons-nous que des avis émis par différents auteurs sur ce sujet.

D'une manière générale, il semble que le pneumocoque soit le germe le plus fréquemment rencontré (50 % pour Le Mée et Bloch).

Puis on trouvera du staphylocoque doré ou blanc, du streptocoque, des pneumobacilles de Friedlander, du bacille diphtérique, du colibacille, du pyocyanique. Toutefois, la prédominance de tel ou tel germe est variable suivant l'auteur.

Il faut noter aussi que L'Hirondel a été frappé du nombre élevé de fois dans lesquelles il a trouvé du pus stérile dans la mastoïde, alors que le pus de l'otite et le muco-pus du pharynx fourmillaient de microbes. Bien que nos recherches dans le domaine bactériologique aient été minimes, nous avons eu l'occasion de constater la présence de pus stérile dans l'oreille d'un de nos petits malades (obs. XXI).

Enfin, il faut remarquer que l'examen bactériologique est différent, suivant qu'il a été pratiqué sur un sujet vivant ou mort.

PATHOGÉNIE

I. — Le mécanisme par lequel la caisse s'infecte est un peu différent, suivant qu'il s'agit d'un nouveau-né des premiers jours ou un peu plus âgé.

A la naissance, le vide, qui se produit dans la caisse après la disparition de la substance gélatiniforme, aspire les mucosités du rhino-pharynx, parfois le liquide amniotique et même le méconium (observation de Mahu et Chomé, dans *Gynécologie et Obstétrique*, 1922).

Plus tard, l'infection se fait par voie tubaire à la faveur de trois facteurs :

— La position dans le décubitus;

— La toux et les vomissements qui refoulent les mucosités d'un rhino-pharynx infecté, avec des végétations adénoïdiennes hypertrophiées;

— La résorption de l'air de la caisse, à la suite d'oblitération ou d'œdème de la muqueuse.

Rarement, l'infection se ferait par voie sanguine; le plus souvent, par voie lymphatique (Le Mée). Il semble, en effet, que, de l'amygdale de Luschka, le muco-pus gagnerait les lymphatiques de la trompe, puis ceux de la caisse.

II. — Que signifie la présence de pus dans l'oreille moyenne ?

Pour certains, cela serait une complication terminale, agonique, sans signification pathologique, mais on ne comprend pas alors comment une paracentèse peut guérir le malade.

Pour d'autres auteurs (Le Mée et ses élèves), le muco-pus viendrait du pharynx; il s'agirait alors d'une sorte d'em-

pyème. Mais cela ne paraît pas complètement admissible, car les histologistes ont mis en évidence des lésions inflammatoires très nettes de l'oreille moyenne.

Enfin, pour d'autres auteurs, il y a pus parce qu'il y a otite.

III. — Relations entre l'otite et le syndrome de dénutrition.

Il est frappant qu'une aussi petite lésion puisse déterminer pareils désordres dans l'organisme du nouveau-né. Nous retrouvons alors les deux théories opposées :

— L'otite est un épiphénomène ou une complication terminale;

— L'otite est la cause de ce syndrome de dénutrition.

A notre avis, ces deux théories ne sont pas incompatibles; une otite primitive peut très bien déterminer un trouble important dans la dénutrition de l'organisme. Une otite peut être une complication d'un syndrome cholériforme ou toxi-infectieux déjà existant.

Le problème est complexe quand, à la suite d'une paracentèse ou d'une antrotomie blanche chez un nouveau-né qui perd du poids sans raison apparente, la reprise de la courbe pondérale et la guérison apparaissent. N'y a-t-il pas eu une otite infectieuse, invisible ? L'irritation du tympan n'a-t-elle pas entraîné un ébranlement sympathique responsable de la guérison observée ? De toutes façons, on ne peut qu'être frappé de la disproportion entre la lésion minime comme étendue, même lorsqu'il y a otite suppurée et les désordres qu'elle entraîne, ou encore entre cette chiquenaude qu'est une paracentèse et son effet sauveur, spectaculaire et immédiat, chez des moribonds.

L'expérimentation pourra-t-elle nous donner une solution ? Pour le moment, nous devons nous contenter des résultats heureux obtenus à la suite de l'aération de la caisse de l'oreille moyenne, au cours de syndrome de dénutrition du nouveau-né, inexplicable.

TRAITEMENT

Il sera, avant tout, prophylactique.

PROPHYLAXIE

Dès la naissance, il faudra s'appliquer à désinfecter le nez et les oreilles du nouveau-né, surtout s'il y a infection amniotique, accouchement dystocique, insufflation. Après nettoyage à sec, on désinfectera ces orifices avec de la glycérine argyrolée à 10 %. Il n'est pas conseillé d'employer de la vaseline.

Dans les jours qui suivent la naissance, il ne faut jamais négliger un coryza du nouveau-né, et une désinfection du rhino-pharynx doit être appliquée sérieusement. De plus, il est conseillé alors de mettre l'enfant en position un peu plus relevée que de coutume. Les sulfamides locaux et généraux donnent d'excellents résultats contre le coryza du nouveau-né et empêchent l'apparition de l'otite. Mais avant tout, il faudra diminuer la possibilité de contagion.

Pour ce faire, au moment de l'accouchement, port de masques; port de masques aussi par le personnel soignant dans les salles, par la mère qui allaite son enfant, surtout si elle est enrhumée. Isolement de toute mère ou de tout nouveau-né atteint de coryza. Interdiction des visites au cours des épidémies grippales.

Mais surtout nous avons dit qu'il nous paraissait que la cause principale de la propagation de l'infection, c'est l'encombrement des maternités depuis la guerre. Ce n'est pas à nous qu'il appartient d'y porter remède.

TRAITEMENT CURATIF

Beaucoup plus que la technique opératoire qui est affaire du spécialiste, nous voulons seulement donner la conduite à suivre.

2° Traitement local.

Il n'y a qu'un moyen d'améliorer le pronostic de l'otoantrite, c'est le traitement local précoce.

Rivière et Chastrusse l'ont schématisé de la façon suivante :

« Chez tout nouveau-né qui perd du poids avec ou sans autres troubles, malgré le traitement général mis en œuvre. paracentèse bilatérale;

» Si, dans les 48 heures, il n'y a pas d'amélioration nette : antrotomie bilatérale sous anesthésie locale. »

2° Traitement général.

Il a une action primordiale. car il aide le petit malade à supporter les frais d'une infection grave. Il sera d'ailleurs appliqué dès le début de l'affection. et c'est devant son échec qu'on pensera à l'otite et qu'on la complètera par un traitement local.

En quoi consistera ce traitement général ?

En cas de température excessive, il sera bon de pratiquer des bains. Il faudra utiliser des toni-cardiaques : camphre; des toniques généraux : désoxycorticostérone; des calmants :

gardénal. Devant la chute de poids progressive, même sans syndrome choléri forme, il faudra réhydrater le petit malade :

— Injection sous-cutanée de sérum physiologique;

— Injection intra-veineuse de sérum (Karelitz) ;

— Mieux, à notre avis : perfusion sous-cutanée de sérum salé, glucosé, bicarbonaté.

A ce traitement, si nous soupçonnons une hérédo-spécificité, il sera bon d'ajouter des frictions mercurielles et de faire des injections de sulfarsénol.

Quelle place faut-il donner à la sulfamidothérapie ? Il faudra agir prudemment dans l'administration des sulfamides. L'indication est normale dès qu'il y a des signes alarmants au cours d'un coryza. Mais il faut se méfier de l'action dissimulatrice de ces médicaments au cours des otites et surtout des antrites. Les sulfamides retardent, mais n'empêchent pas l'évolution d'une mastoïdite.

Toutefois, quand il y a troubles digestifs, il ne faut pas craindre d'employer la sulfaguanidine dont l'effet sera strictement intestinal et donc n'exposera pas aux risques de dissimulation, comme avec les autres sulfamides.

Quant à la pénicilline, notre expérience récente nous permet d'espérer qu'elle améliorera encore le pronostic de l'oto-antrite. Nous rappelons qu'utilisée aussitôt la paracentèse faite, donc au stade d'otite, elle nous a donné 6 guérisons sur 6 cas traités, de sorte que le schéma thérapeutique dans l'oto-antrite du nouveau-né peut être ainsi modifié :

Paracentèse suivie de pénicilline à la dose de 120.000 unités par jour intra-musculaire;

Si l'amélioration n'est pas obtenue dans les 48 heures, antrotomie, avec pénicilline locale et générale.

OBSERVATIONS

Otites

1° OTITES CONGESTIVES

Observation I

(Boursier, 1945, n° 159)

I-pare de 16 ans, qui accouche le 17 février, après un travail long. Suites de couches : température entre 38° 4 et 37° 8. Le 11e jour, lymphangite mammaire avec abcès du sein. L'enfant est un garçon prématuré, de 7 mois 1/2, pesant 3 kilos 230. Allaitement artificiel; le 11e jour, le nouveau-né a perdu 560 grammes depuis sa naissance; température : 37° 8. Radiographie pulmonaire normale. Le 14e jour, otoscopie : tympans rouges des deux côtés. Paracentèse bilatérale, qui donne du sang en grande quantité. Pas de pus. Les jours suivants, la courbe de poids remonte.

Observation II

(Boursier, 1945, n° 264)

L'enfant naît le 25 mars d'une mère sans antécédents pathologiques. Poids : 4 kilos. Allaitement au sein. Le 8e jour, chute

pondérale de 200 grammes; coryza. Le 10e jour, on constate une perte de 200 grammes en 48 heures, avec température à 37° 6. Otoscopie systématique. Tympans rosés. Paracentèse bilatérale, qui donne issue, à droite, à du sang. Dès le lendemain, la courbe de poids remonte et la température est normale.

Observation III

(Boursier, 1945, n° 288)

IV-pare de 35 ans. B.W. négatif. Accouche, le 30 mars, de 2 jumelles univitellines, prématurément, à 8 mois. Expulsion normale de Micheline, pesant 2 kilos 180; version par manœuvres internes pour Odette, pesant 2 kilos 750. Allaitement mixte. Le 9e jour, toutes deux présentent un coryza sans température, ni troubles digestifs. Le 10e jour, Micheline a 37° 6 et conserve son poids de naissance. Odette a 37° 4 et a maigri de 320 grammes. Otoscopie. Tympans rouges chez les deux enfants. Paracentèse bilatérale chez les deux, donne du sang, pas de pus. Dès le lendemain, les jumelles reprennent du poids.

Observation IV

(Boursier, 1945, n° 471)

II-pare de 25 ans, traitée pour une caverne pulmonaire du sommet gauche, par un pneumothorax en 1943. Grossesse bien supportée. Accouchement, le 21 mai, d'un garçon pesant 3 kilos 440. Allaitement artificiel: au 10e jour, l'enfant a perdu 420 grammes depuis sa naissance. Cuti-réaction négative. Radioscopie pulmonaire normale. Alimentation bien réglée: pas de troubles digestifs, ni de température. Otoscopie : tympan gauche rosé. Paracentèse donne issue à du sang. Dès le lendemain, reprise de poids; 200 grammes au bout de 3 jours.

Observation V

(Pellegrin, 1945, n° 1090)

I-pare de 21 ans, accouche à terme, le 19 décembre, d'une fille pesant 3 kilos 620. Allaitement maternel. Le 9e jour, perte de poids de 600 grammes. Otoscopie : tympan gauche rouge. Paracentèse; pas de pus, un peu de sang. L'enfant, dont l'état général s'était brusquement aggravé sans raison apparente, reprend rapidement sa vigueur après sa paracentèse. Reprise de poids et départ du service en bon état.

Observation VI

(Pellegrin, 1945, n° 1094)

I-pare de 21 ans accouche le 20 décembre; suites de couches : au 10e jour, lymphangite mammaire; l'enfant est prématuré à 8 mois 1/2 et pèse 3 kilos 250. Allaitement mixte. Au 12e jour, chute de poids de 460 grammes avec température à 37° 6. Paracentèse ne donnant que du sang des deux côtés. Reprise rapide du poids.

Observation VII

(Pellegrin, 1946, n° 103)

I-pare de 26 ans accouche, le 27 janvier, à terme, d'un garçon; péritonite du post-partum immédiat, traitée à la pénicilline, qui guérit. Allaitement artificiel. Poids de naissance : 3 kilos 080; le 10e jour, petite chute pondérale, et le 11e, température à 38° 1. Otoscopie : tympans rouges. Paracentèse bilatérale : sang. Reprise rapide du poids.

Observation VIII

(Boursier, 1946, n° 116)

I-pare de 22 ans, qui fera le 4e jour, des suites de couches, une endométrite traitée par thiazomide: accouche le 1er février, à 8 mois 1/2, d'un garçon pesant 2 kilos 850. Allaitement mixte. Le 7e jour, l'enfant a maigri de 200 grammes depuis sa naissance, est pâle, tête difficilement. Température à 37° 8. Le 13e jour, chute pondérale de 100 grammes. Otoscopie : tympans rouges. Paracentèse bilatérale : un peu de sang. La courbe de poids remonte.

Observation IX

(Pellegrin, 1946, n° 137)

II-pare de 34 ans accouche à terme, le 6 février, d'une fille; suites de couches : infection puerpérale: phlegmon pelvi-pariétal. Allaitement artificiel. L'enfant pèse à sa naissance 3 kilos 250. Le 19e jour, chute de poids et température à 37° 3. Paracentèse bilatérale : tympans rouges; sang des deux côtés. Reprise du poids et suppuration des deux oreilles. Nouvelle chute pondérale. Le 22e jour, nouvelle paracentèse à gauche. Reprise rapide du poids ensuite.

Observation X

(Boursier, 1946, n° 154)

VIII-pare, sans antécédents notables. Présentation de l'épaule. Version par manœuvres internes; insertion basse du placenta. Accouchement le 9 février, prématuré, à 8 mois, d'une fille pesant 2 kilos 920. Allaitement au sein. Dès le 2e jour, on constate une parésie du bras gauche de l'enfant qui va en s'accentuant un peu. Le 6e jour, chute pondérale de 500 grammes depuis la naissance, malgré traitement général. Otoscopie : tympans rouges.

Paracentèse bilatérale : sang surtout à gauche. La courbe de poids redevient ascendante.

Observation XI

(Pellegrin, 1946, n° 207)

I-pare de 23 ans, qui fait une lymphangite mammaire, le 3e jour après l'accouchement prématuré, à 8 mois 1/2, d'un garçon, le 27 février, l'enfant pesant 2 kilos 640. Allaitement mixte. Du 5e au 11e jour, le poids est stationnaire. Température : 37° 4. Etat catarrhal des tympans. Paracentèse : sang des deux côtés. Mort 18 heures plus tard, en hyperthermie. Antrotomie *post mortem* : pas de pus.

Observation XII

(Pellegrin, 1946, n° 239)

I-pare de 38 ans, à qui on fait, le 8 mars, une césarienne basse pour souffrance fœtale et contracture utérine. Suites de couches : péritonite suraiguë et mort le 3e jour. Fille de 3 kilos 150. Allaitement artificiel. Le 6e jour, chute pondérale de 250 grammes; température : 38° 2. Rhino-pharyngite. Otoscopie : tympans rouges. Paracentèse bilatérale : sang. Reprise de poids rapide.

Observation XIII

(Pellegrin, 1946, n° 271)

II-pare de 20 ans, qui fait une péritonite aiguë post-partum et meurt le 4e jour. Elle a accouché, le 17 mars, à terme, d'une fille pesant 3 kilos 300. Alimentation artificielle. Le 9e jour, chute pondérale de 250 grammes en 48 heures; légère température. Tympans rouges. Paracentèse : sang à droite. Le lendemain, chute de poids persistante. Hypothermie. Traitement à la pénicilline, 270.000 U. Reprise lente de poids et guérison.

Observation XIV

(Boursier, 1946, n° 391)

II-pare de 31 ans accouche à terme, le 12 avril, d'un garçon pesant 3 kilos 220. Allaitement artificiel. Le 4e jour, température à 38° 8, diarrhée verte glaireuse. Ganidan. Poids semble repartir, mais reste stationnaire aussitôt. Température oscillante. Le 7e jour, otoscopie : tympans rouges, surtout à droite. Paracentèse bilatérale : des deux côtés, sang. La température descend et la courbe de poids remonte; selles normales.

Observation XV

(Boursier, 1946, n° 392)

I-pare de 33 ans. B.W. ++++, qui fait un hydramnios aigu en fin de grossesse et qui accouche le 12 avril, prématurément, à 8 mois. Forceps pour souffrance fœtale. L'enfant pèse 2 kilos 250 (placenta, 450 grammes). Allaitement au sein. Le 12e jour, alors que l'enfant reprenait du poids, apparaît une lymphangite s'étendant de la mastoïde à tout le dos, jusqu'aux crêtes iliaques. Température : 37° 2. Thiazomide. Le 13e jour, 38° 6. Le 14e jour, pénicilline. Le 18e jour, l'enfant a perdu 400 grammes depuis sa naissance. Otoscopie : deux tympans rouges. Paracentèse bilatérale : donne du sang. Dès le lendemain, la courbe de poids remonte. Il va s'en dire que, depuis le début, traitement antisyphilitique.

Observation XVI

(Pellegrin, 1946, n° 401)

II-pare de 37 ans, qui accouche prématurément, à 7 mois 1/2, le 22 avril, d'une fille pesant 1 kilo 730. Allaitement maternel. Le 13e jour, température. Paracentèse pour tympans rouges: sang. Trois jours après, nouvelle chute pondérale avec hypothermie. Les parents amènent l'enfant *mourante*, après avoir refusé l'antrotomie projetée. Pénicilline faite *in extremis* : 30.000 U.

Observation XVII

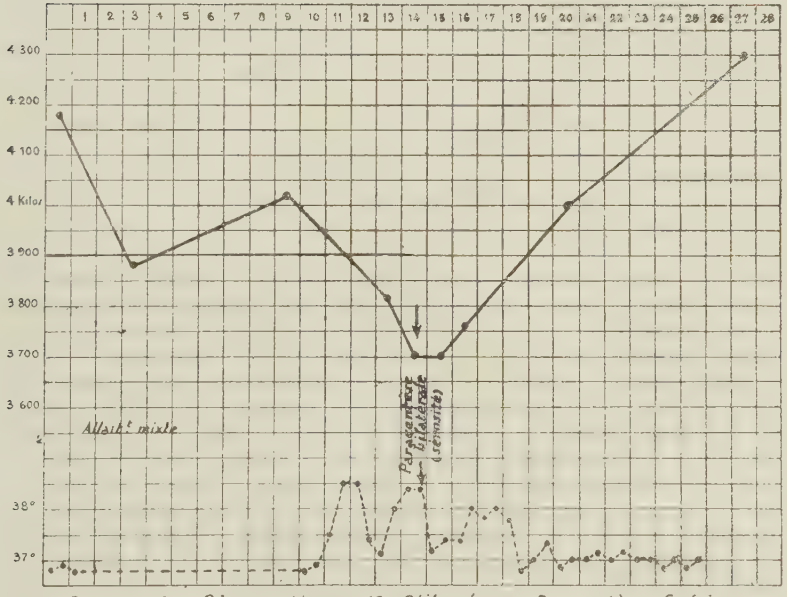
(Pellegrin, 1946, n° 458)

I-pare de 38 ans, accouche à terme, le 7 mai, d'un garçon de 3 kilos 300. Allaitement artificiel. Le 8e jour, chute de poids de 250 grammes; température à 38°. Le 11e jour, nouvelle chute de poids de 150 grammes. Otoscopie : état catarrhal des tympans. Paracentèse : sang. La courbe de poids remonte en flèche.

2° OTITES SEREUSES

Observation XVIII

(Boursier, 1946, n° 144)



Courbe 1 . *Observation n° 18 . Otite séreuse Paracentèse . Guérison*

I-pare de 31 ans, ayant eu un pneumothorax entretenu de 16 à 20 ans, accouche le 6 février, à terme; suites de couches : hémorragie de la délivrance, choc, endométrite, abcès du sein gauche au 22e jour. Allaitement mixte de l'enfant qui est un garçon

pesant 4 kilos 180. Il fait, le 13e jour, une chute de poids de 250 grammes en 4 jours. Température à 37° 6. Thiazomide (1 gr. par 24 heures). Le 14e jour, perte de 150 grammes. Otoscopie : tympan droit gris rosé; tympan gauche, terne. Paracentèse bilatérale qui donne, de chaque côté, une sérosité. La courbe de poids remonte rapidement.

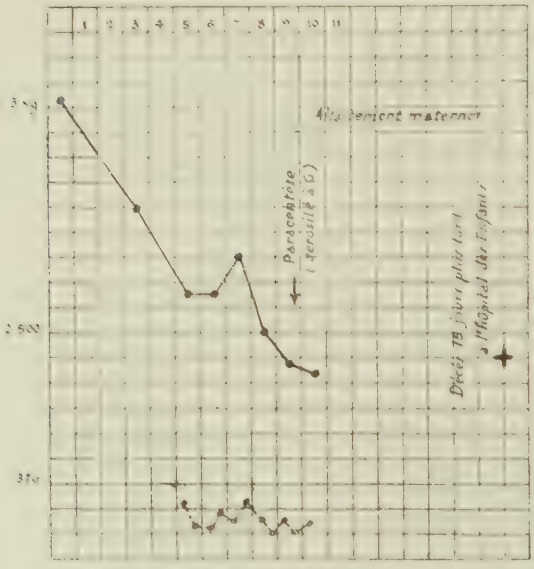
Observation XIX

(Boursier, 1946, n° 158)

II-pare de 23 ans accouche prématurément, le 11 février, à 7 mois, d'un garçon de 2 kilos 100. Allaitement au sein. Le 7e jour, l'enfant a perdu 400 grammes depuis sa naissance. Otoscopie : tympans grisâtres, rosés. Paracentèse bilatérale : un peu de sérosité louche d'un côté. Le poids reste stationnaire. Départ de la mère sans autorisation du chef de service.

Observation XX

(Boursier, 1946, n° 201)



Courbe 2. — *Observation n° 20. Otite séreuse. Paracentèse. Décès*

II-pare de 24 ans, sans antécédents pathologiques connus, qui accouche normalement, le 25 février, à terme, d'une fille de 2 kilos 970. Allaitement au sein. Au 5e jour, chute pondérale de 500 grammes, selles verdâtres liquides. Au 7e jour, reprise de poids de 270 grammes. Selles jaunes, mais très liquides. Au 8e jour, chute pondérale brutale de 150 grammes; selles normales. Pas de troubles digestifs. Au 9e jour, otoscopie : tympan droit rouge, tympan gauche grisâtre. Paracentèse bilatérale : sérosité à gauche seulement. Le lendemain, la mère quitte le service. Nous avons appris depuis que l'enfant fut amené le jour même à l'Hôpital des Enfants. *Décès* le 20 mars 1946.

Observation XXI

(Boursier, 1946, n° 312)

IV-pare de 22 ans, dont les 3 accouchements précédents ont été prématurés (1 enfant décédé à Boursier, en 1945, après une otoantrite). Accouchement prématuré, à 8 mois, le 24 mars, d'un garçon pesant 2 kilos 960. Allaitement mixte. Le 9e jour, l'enfant n'a pas repris son poids de naissance et a perdu en tout 500 grs. Coryza, vomissements. Température : 37° 4. Selles liquides et fréquentes. Otoscopie : tympan droit grisâtre; tympan gauche grisâtre et rétracté. Paracentèse bilatérale : deux tympans épais, écoulement de sérosité. Le lendemain, chute de la température. La courbe de poids reprend son ascension, mais *exitus* au 13e jour, en hypothermie.

Observation XXII

(Boursier, 1946, n° 318)

XI-pare, traitée pour syphilis, B.W. négatif, à qui on fait une césarienne basse, le 25 mars, pour placenta praevia. L'enfant naît étonnée et doit être ranimée ; prématurée de 8 mois, pesant 2 kilos 580. Allaitement maternel; le 10e jour, température 38° 2:

coryza; selles en fusée; chute de poids. Le 12e jour, malgré le traitement spécifique, chute de poids continue. Otoscopie : tympans gris des deux côtés. Paracentèse bilatérale : à gauche, sérosité. La courbe de poids remonte, baisse et redevient définitivement ascendante. Enfant sort en bon état, mais il faut ici tenir compte du traitement au sulfarsénol.

Observation XXIII

(Boursier, 1946, n° 319)

II-pare de 33 ans, a fait, après un accouchement normal, le 25 mars, une endométrite, puis une arthrite de l'épaule gauche, à streptocoques, ayant nécessité 760.000 unités de pénicilline. Allaitement mixte. L'enfant pèse 3 kilos 860. Le 15e jour, coryza. Température : 38° 4. Ne reprend pas son poids de naissance. Chute pondérale de 100 grammes en 48 heures. Otoscopie : à droite, manche du marteau rouge. Paracentèse : tympan infiltré, sans pus. A gauche : tympan rose. Paracentèse : sérosité. Le lendemain, chute de poids continue. Température à 37° 8. Thiazomide. Le surlendemain, la courbe pondérale redevient ascendante régulièrement. Sort en bon état.

3° OTITES SUPPUREES

Observation XXIV

(Boursier, 1944, n° 150)

I-pare de 37 ans, sans antécédents notables. Accouche, à 7 mois 1/2, le 18 février, de deux jumelles. Allaitement artificiel. Une des jumelles, qui pesait 2 kilos 010 à la naissance, fait une otite suppurée bilatérale avec courbe de poids légèrement ascendante, malgré quelques ondulations. La température n'a jamais dépassé 38°. Transeat à l'Hôpital des Enfants, où *mort* au 3e mois.

Observation XXV

(Boursier, 1944, n° 575)

II-geste de 42 ans, B.W. ++++, accouche le 29 juin, prématurément, à 7 mois 1/2, d'une fille pesant 2 kilos. Le poids reste stationnaire à 1 kilo 930 pendant 16 jours, malgré tous les laits et traitements, avec une température normale. Le 20e jour : 37° 8. Selles diarrhéiques, chute de poids de 80 gr. en 24 heures. Otoscopie : tympan droit rose. Paracentèse donne issue à du pus, mais le poids tombe toujours. Température à 37° 8. Nouvel examen O.R.L.: tympan gauche rouge. Paracentèse donne du pus; l'oreille droite suppure toujours abondamment. 6 jours après, l'enfant a dépassé son poids de naissance.

Observation XXVI

(Boursier, 1945, n° 5)

I-pare de 21 ans. Après rupture précoce des membranes, chlorokélène-hypophyse et forceps laborieux pour travail long, accouche, le 2 janvier, d'un garçon pesant 3 kilos 490; suites de couches graves pour la mère. Allaitement au sein. Le 15e jour, l'enfant présente un coryza. Le 17e jour, son oreille droite suppure; pas de troubles digestifs; pas de température (une seule fois 37° 6). Au 24e jour, la courbe de poids est traînante et l'oreille droite suppure, alors que le tympan gauche est normal. Transeat à l'Hôpital des Enfants pour coryza diphtérique.

Observation XXVII

(Boursier, 1945, n° 6)

I-pare, 31 ans, sans antécédents notables, qui accouche, le 10 janvier, d'une fille de 3 kilos 770. Allaitement au sein. Au

8e jour, poids stationnaire à 3 kilos 480. L'oreille droite se met à suppurer spontanément; pas de température. Le lendemain, clocher thermique à 37° 8; poids baisse encore de 100 grammes, puis tout rentre dans l'ordre, et, le 10e jour, la courbe pondérale repart en flèche.

Observation XXVIII

(Boursier, 1945, n° 53)

I-pare de 27 ans, qui entre dans le service, le 13 janvier, venant d'expulser dans un taxi un garçon de 3 kilos 400. Allaitement mixte; rapidement coryza, sans température ni troubles digestifs. La courbe de poids est stationnaire à 3 kilos - 3 kilos 100. Le 8e jour, l'oreille droite suppure spontanément. Le 12e jour, le poids baisse encore. Examen O.R.L.: à droite, otite aiguë, perforante; à gauche, tympan rouge. Paracentèse qui donne du pus. Dès le lendemain, la courbe pondérale repart en flèche.

Observation XXIX

(Boursier, 1945, n° 54)

III-pare de 37 ans, qui accouche, le 13 janvier, après rupture prématurée des membranes en présentation du siège avec dystocie des épaules, d'un garçon pesant 3 kilos 760 qu'il a fallu insuffler. Phlébite des suites de couches. Allaitement mixte. Le poids descend à 3 kilos 530 et s'y maintient, malgré des rations normales, des stimulants, avec une température oscillant entre 37° et 37° 5; pas de troubles digestifs. Le 20e jour, examen O.R.L., suivi de paracentèse bilatérale du fait de l'état des tympans. On trouve du pus à gauche; le surlendemain, le poids s'élève à nouveau.

Observation XXX

(Boursier, 1945, n° 74)

VII-pare, 24 ans, hypertendue, grosse mortalité infantile; B.W. négatif après réactivation; accouche, le 23 janvier, d'une fille pesant 3 kilos 800; la mère fait une angine pultacée 8 jours après l'accouchement. Allaitement mixte. Le 7e jour, la chute pondérale de l'enfant est de 400 grammes. Le 11e jour, l'oreille droite suppure spontanément et la courbe de poids remonte.

Observation XXXI

(Boursier, 1945, n° 250)

I-pare bradycardique de 27 ans, qui accouche à terme, le 21 mars, alors que les membranes sont rompues depuis 36 heures, d'une fille de 2 kilos 650. Le 8e jour des suites de couches, clocher thermique à 38° 2. Allaitement au sein. Le poids de l'enfant baisse, puis remonte, puis baisse pour rester stationnaire à 2 kilos 400, avec une température oscillant entre 37° 3 et 37° 7. Le 12e jour, coryza; le 14e jour, otoscopie : tympan gauche rosé; droit : rouge et bombé. Paracentèse bilatérale donne issue à du pus qui, examiné au laboratoire, se montrera stérile. Sort en bonne santé.

Observation XXXII

(Boursier, 1945, n° 299)

I-pare de 18 ans, sans antécédents notables, accouche, après chloro-kélène-hypophyse et forceps, le 2 avril, d'une fille pesant 3 kilos 680. Suites de couches légèrement fébriles. Allaitement au sein. Le 5e jour, la chute du poids est de 280 grammes. Le poids reste stationnaire, puis diminue de 150 grammes. Le 10e jour, apparaît un coryza. Le 11e jour, examen O.R.L. qui conduit à une paracentèse bilatérale avec issue de pus des deux côtés. Le lendemain, température à 37° 9; sulfamides. Le 13e jour, la courbe de poids repart.

Observation XXXIII

(Boursier, 1945, n° 344)

II-pare de 40 ans, hypertendue, qui accouche en quelques heures, le 14 avril, d'un garçon de 3 kilos 100. Allaitement mixte. Le 4e jour, le poids baisse de 160 grammes, reste stationnaire, puis diminue encore de 80 grammes le 12e jour, où la température est à 37° 3. Pas de troubles digestifs, mais l'oreille droite suppure spontanément et l'oreille gauche, le lendemain. Un prélèvement nasal répond : présence de bacilles diphtériques; 12.000 unités de sérum antidiphtérique. La courbe de poids devient régulièrement ascendante.

Observation XXXIV

(Boursier, 1945, n° 670)

II-geste de 23 ans, suspecte d'hérédo-syphilis. B.W. négatif après réactivation. Accouche, le 5 août, d'une fille pesant 3 k. 050 (pieds-bots et gros placenta). Allaitement au sein. Le 17e jour, l'enfant n'a pas repris son poids de naissance (2 kilos 700) malgré le traitement spécifique. Elle a un coryza sans température, pas de troubles digestifs: otoscopie suivie de paracentèse, révèle une otite suppurée à droite. Reprise de poids après la paracentèse. Transeat à l'Hôpital des Enfants pour coryza diphtérique.

Observation XXXV

(Boursier, 1945, n° 838)

II-pare de 29 ans (premier accouchement normal) ayant un bassin légèrement rétréci. Accouche le 4 octobre, en présentation du siège décomplété : grande extraction après abaissement du pied. Suites de couches : endométrite; angine rouge le 20e jour. Allaitement mixte. L'enfant naît avec un enfoncement du pariétal gauche redressé aussitôt. Liquide clair à la ponction lombaire. Courbe de poids croît régulièrement. Pas de température, ni troubles digestifs et cependant, le 25e jour, écoulement, otitique gauche succédant à un coryza qui durait depuis 4 à 5 jours.

Observation XXXVI

(Pellegrin, 1945, n° 1025)

II-pare de 22 ans accouche à terme le 28 novembre. Lymphangite mammaire du 4e au 7e jour. L'enfant pèse 3 kilos 700. Allaitement mixte. Chute pondérale à partir du 10e jour : 350 grs. en 48 heures. Température : 37° 9. Le 17e jour, otoscopie : à droite, tympan normal; paracentèse : sang. A gauche, tympan tendu et pulsatile; paracentèse : sang et pus. *Exitus brutal,* en hyperthermie, deux jours plus tard.

Observation XXXVII

(Pellegrin, 1946, n° 251)

I-pare de 21 ans. Le 9e jour, elle fait une lymphangite mammaire; avait accouché à terme, le 10 mars, d'une fille pesant 3 kilos 220. Allaitement mixte. Le 10e jour, rhino-pharyngite, avec température à 38° 2. Petite chute de poids. Otoscopie : tympan droit rouge et bombé. Paracentèse : pus. Chute thermique et reprise de poids.

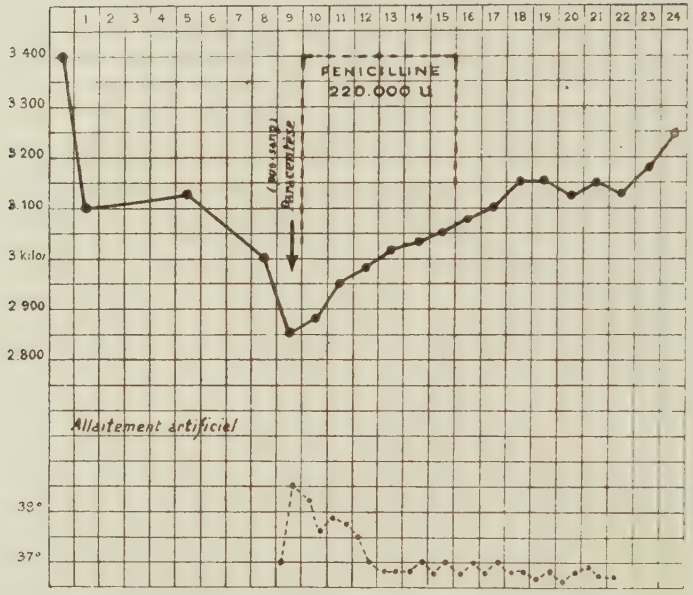
Observation XXXVIII

(Pellegrin, 1946, n° 254)

I-pare de 22 ans, accouche à terme, le 11 mars, d'une fille de 3 kilos 300; alimentation artificielle. Le 4e jour, rhino-pharyngite. Température à 38° 6. Le 6e jour, tympan droit rouge. Paracentèse : pus. Le 11e jour, aplatissement de la courbe de poids, qui remontait et légère température dus à une suppuration importante de l'oreille droite. Pansements locaux à la pénicilline et guérison.

Observation XXXIX

(Boursier, 1946, n° 334)



Courbe 3. *Observation n°39. Otite suppurée Paracentèse. Pénicilline. Guérison*

I-pare de 13 ans 1/2 (père de l'enfant a 15 ans). Elle accouche normalement, le 30 mars, d'une fille pesant 3 kilos 400. Allaitement artificiel; le 9e jour, l'enfant a perdu 400 grammes depuis sa naissance. Température : 38° 4; vomit deux fois. Otoscopie : tympan gauche rosé; tympan droit gris. Paracentèse bilatérale : pus et sang des deux côtés. Le 10e jour, nouvelle chute pondérale de 150 grammes. Coryza. Température: 38°. Pénicilline: 40.000 U. par jour. Le 11e jour, l'enfant reprend du poids; plus de température; on fait 220.000 U. de pénicilline en tout: l'enfant part en bonne santé.

Observation XL

(Boursier, 1946, n° 386)

I-pare de 20 ans, accouche prématurément, à 6 mois 1/2, le 11 avril, d'un garçon pesant 2 kilos (placenta : 350 grammes).

Allaitement mixte. Le 10e jour, chute pondérale de 150 grammes en 3 jours. Pas de température. Malgré traitement général et alimentation bien réglée, chute de poids se poursuit lentement. Le 18e jour, otoscopie : deux tympans sont gris. Paracentèse bilatérale: à gauche, sérosité; à droite, pus sous pression. Le lendemain, l'enfant reprend du poids, mais *meurt* deux jours après. Nécropsie : antres semblent normaux.

4° PARACENTESES BILATERALES BLANCHES

Observation XLI

(Pellegrin, 1943, n° 45)

VIII-pare accouche à terme, le 20 janvier, d'un garçon de 3 kilos 310 et ayant deux hernies inguinales; allaitement artificiel. Le 8e jour, coryza. Pas de température, mais chute de poids. Gastro-entérite les jours suivants. Le 18e jour, devant l'état de l'enfant qui n'est amélioré par aucun traitement, otoscopie : tympans rouges; paracentèse bilatérale blanche. L'état général s'améliore rapidement. L'enfant sera transeaté à l'Hôpital des Enfants pour coryza diphtérique. On y notera des périodes de suppuration des deux oreilles.

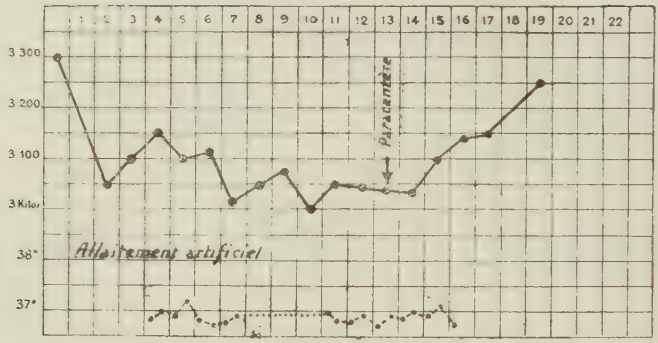
Observation XLII

(Boursier, 1946, n° 63)

I-pare de 37 ans, accouche à terme, le 19 janvier, d'une fille pesant 3 kilos 400. Allaitement artificiel. Le 10e jour, chute de poids de 120 grammes en 48 heures. Une seule fois, vomissements; selles normales; pas de température; le 11e jour, otoscopie : tympan gauche gris; paracentèse bilatérale : blanche. Dès le lendemain, la courbe pondérale remonte.

Observation XLIII

(Boursier, 1946, n° 207)



Courbe 4. *Observation n°43. Otite Paracentèse bilatérale blanche. Guérison.*

I-pare de 33 ans, ayant eu, à 10 ans, coxalgie; paralysie faciale en fin de grossesse. Rupture prématurée des membranes et anomalie de la dilatation. Naissance d'une fille de 3 kilos 300 le 26 février. Allaitement artificiel. Le 12e jour, l'enfant n'a pas rattrapé son poids de naissance. Coryza sans température. Le 13e jour, otoscopie : tympans rouges. Paracentèse bilatérale : blanche. Le surlendemain, la courbe pondérale remonte très nettement.

Observation XLIV

(Boursier, 1946, n° 238)

I-pare de 29 ans, à qui on fait une césarienne basse le 6 mars, pour bassin généralement rétréci et souffrance fœtale. Suites de couches : endométrite. Pneumonie base gauche, traitée par 1.050.000 U. de pénicilline. L'enfant est une fille pesant 2 kgs 820. Allaitement artificiel. Au 14e jour, chute totale de poids de 600 grammes. Selles jaunes très liquides; sclérème des membres inférieurs; rhino-pharyngite. Température : 37° 6. Devant échec de tout traitement, examen O.R.L.: tympan gauche terne, tympan droit rosé; paracentèse bilatérale : ne montre aucun écoulement. 10.000 U. de pénicilline, deux jours après suivie d'*exitus*.

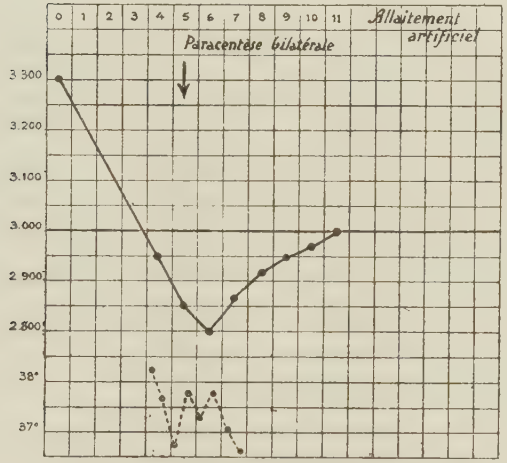
Observation XLV

(Boursier, 1946, n° 256)

I-pare de 18 ans, sans antécédents notables. Accouche prématurément le 12 mars, à 7 mois, d'un garçon pesant 2 kilos 630. Allaitement artificiel. Le 7e jour, chute de poids de 430 grammes en 48 heures. Température : 37° 8. Selles vertes. Le lendemain, température 38° et chute de poids continue malgré tout traitement Otoscopie : tympans rosés. Paracentèse blanche. La courbe pondérale repart.

Observation XLVI

(Boursier, 1946, n° 360)

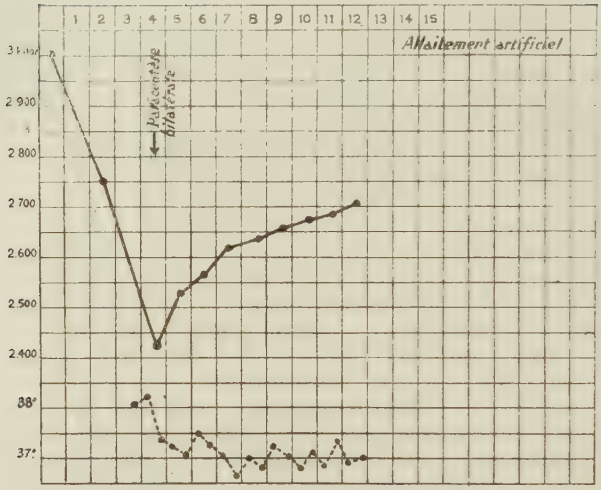


Courbe 5. Obs. 46. Otite Paracentèse bilatérale blanche. Guérison

III-geste de 39 ans (avortements à 5 mois et 2 mois). B.W. négatif. Accouche à terme, le 4 avril, d'une fille pesant 3 kilos 300 (placenta : 550 grammes). Allaitement mixte. Au 6e jour, température : 38° 2; chute de poids de 450 grammes depuis la naissance. Diarrhée verte. Otoscopie : tympans rosés. Paracentèse bilatérale : ni pus, ni sang. Deux jours plus tard, plus de température, et la courbe de poids remonte en flèche.

Observation XLVII

(Boursier, 1946, n° 370)



Courbe 6. *Observation n° 47. Otite Paracentèse bilatérale blanche. Guérison*

I-pare de 28 ans, accouchée au forceps, le 6 avril, pour souffrance fœtale, après déclanchement artificiel du travail, pour grossesse prolongée. L'enfant pèse 3 kilos. Allaitement artificiel. Le 5e jour, température à 38° ; diarrhée verte. Chute pondérale de 580 grammes depuis la naissance. Otoscopie : tympan rosé à gauche, gris à droite. Paracentèse bilatérale blanche. La courbe pondérale remonte dès le lendemain.

Complications

1° ANTRITES

Observation XLVIII

(Boursier, 1943, n° 229)

II-pare de 35 ans. B.W. négatif. Accouche prématurément, le 17 mars, à 7 mois 1/2, de deux jumeaux bivitellins. Michel pèse 2 kilos 680 et Eugène 2 kilos 640. Allaitement artificiel. Courbe de

poids satisfaisante jusqu'au 14e jour, où Michel accuse une chute pondérale de 150 grammes en 24 heures et Eugène, 80 grammes. Pas de température, mais coryza chez les deux enfants. Eugène perd encore 130 grammes; mais dès le 17e jour, la courbe de poids redevient ascendante. Michel maigrit toujours (400 grammes en 3 jours), malgré tous les traitements institués. Le 18e jour, le Professeur Despons fait une paracentèse bilatérale parce que les deux tympans sont un peu rouges. Malgré cela, l'enfant *meurt* le 20e jour, ayant encore maigri, et sa température n'excèdant pas 37° 3. Nécropsie. Antre droit : sérosité louche; antre gauche, ainsi que les autres cellules. sont remplies de pus. Frottis sur lame : staphylo, strepto, pneumo, bacilles gram + et —.

Observation XLIX

(Boursier, 1943, n° 262)

I-pare de 21 ans ayant eu une tuberculose pulmonaire récente. Accouche, le 1er avril, d'un garçon (après forceps banal) pesant 2 kilos 460. Allaitement artificiel; le 8e jour, coryza, vomissements, diarrhée. Chute de poids et 37° 5. Le 9e jour, examen O.R.L.: tympan gauche rouge; paracentèse : pus sous pression. Antrotomie gauche : pus sans germe. Le 10e jour, le poids diminue toujours et, le lendemain, *mort*. Antrotomie *post mortem* : pas de pus dans l'antre droit.

Observation L

(Boursier, 1945, n° 188)

II-geste de 24 ans, qui accouche prématurément, à 8 mois 1/2, le 27 février, d'un garçon de 2 kilos 670. Travail long, rupture prématurée des membranes ; un peu de température pendant 48 heures. Allaitement mixte; l'enfant perd du poids, en reprend un peu, mais le 8e jour, chute rapide avec légère température : 37° 8. Anorexie. Le 12e jour, devant l'échec du traitement général, examen O.R.L.: tympans rouges; paracentèse bilatérale : pus à

droite, sang à gauche. L'enfant *meurt* dans la nuit, dans un état d'athrepsie aiguë. Nécropsie : pus dans les deux antres; bactériologie : streptocoque.

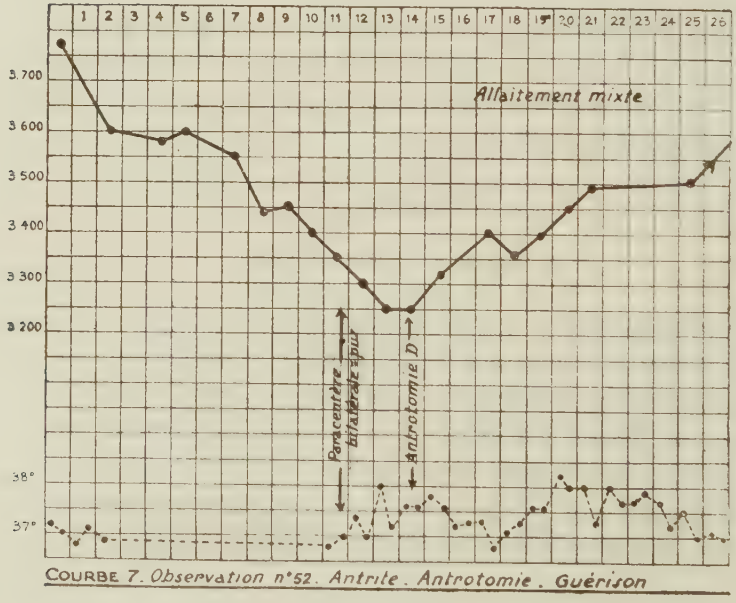
Observation LI

(Boursier, 1945, n° 241)

II-pare de 21 ans (2 grossesses prématurées) accouche prématurément, le 17 mars, d'un garçon de 2 kilos 300; lait maternel. Au 6e jour, chute pondérale brutale de 450 grammes en 4 jours, sans température, ni troubles digestifs, ni coryza. Au 7e jour, commence un ictère intense. Le 9e jour, l'enfant crie, se plaint constamment. Examen O.R.L.: tympan droit rouge: tympan gauche rosé; paracentèse bilatérale : sang. Le 10e jour, aggravation; antrotomie droite, montrant l'existence d'une antrite. Le lendemain, *décès.*

Observation LII

(Boursier, 1945, n° 251)



COURBE 7. Observation n°52. Antrite. Antrotomie. Guérison

II-geste de 27 ans (avortement de 4 mois 1/2 suivi de curetage et annexite gauche) qui accouche, le 22 mars, après forceps pour souffrance fœtale, d'un garçon de 3 kilos 770. Allaitement mixte. L'enfant perd du poids et refuse de téter, mais pas de température, ni de troubles digestifs. Le 13e jour, otoscopie systématique : à gauche, tympan rosé; à droite, tympan rouge, bombé. Paracentèse : pus (bactériologie : cocci à gram +). Le poids continue à baisser; température : 38° 2. Le 15e jour, antrotomie droite montre la présence de pus dans l'antre Dès le lendemain, reprise de poids. La température persiste, irrégulière, quelques jours. La plaie opératoire suppure abondamment. Sort en bon état.

Observation LIII

(Boursier, 1946, n° 102)

I-pare de 25 ans, sans antécédents notables, accouche, le 30 janvier, d'une fille pesant 3 kilos. Allaitement mixte. Le 12e jour, l'enfant a perdu 600 grammes depuis sa naissance. Température : 37° 6. Otoscopie : tympans rouges. Paracentèse bilatérale : à droite, écoulement immédiat de sang; à gauche, écoulement de sérosité. Le 14e jour, la chute de poids continue avec 38° 8; selles verdâtres. Antrotomie bilatérale : à gauche, pus franc qui remplit tout l'antre; à droite, sérosité. Aux 15e et 16e jours, pas d'amélioration. Température : 39°. Transeat au Centre de pénicilline de l'Hôpital des Enfants; *meurt* 3 jours après.

Observation LIV

(Boursier, 1946, n° 130)

I-pare de 30 ans accouche difficilement, le 4 février (siège décomplété, mode des fesses et manœuvre de Mauriceau), d'un garçon prématuré, à 8 mois 2/3, pesant 3 kilos 180, qu'il faut ranimer. Allaitement mixte. Au 6e jour, perte de poids de 600 grs

depuis la naissance: température : 38° 4: le 7e jour, otoscopie : tympans grisâtres et rosés: paracentèse bilatérale : sang. Le poids semble remonter, mais baisse à nouveau au 9e jour. Température: 38° 5; antrotomie bilatérale : d'un côté, rien: de l'autre, sérosité louche, avec os blanchâtre et très friable. Le poids reste stationnaire: et l'enfant est emmené par sa mère (résultat inconnu).

Observation LV

(Boursier, 1946, n° 146)

I-pare de 19 ans, ayant un bassin rétréci, qui accouche normalement et à terme, le 7 février, d'un garçon de 3 kilos 350. Allaitement mixte. Dans les suites de couches : pyélonéphrite, à colibacille: le 11e jour, l'enfant n'a pas rattrapé son poids de naissance. Examen O.R.L.: tympans rouges des deux côtés. Paracentèse bilatérale : un peu de sang. Le 14e jour, chute de poïds continue et vomissements. Antrotomie : os malade, poreux, friable, pas de pus, ni de sérosité. Dès le soir, l'enfant ne vomit plus: le lendemain, reprise de poids suivie de rechute: température : 37° 2. Transeat à l'Hôpital des Enfants : 620.000 U. de pénicilline en 16 jours et guérison.

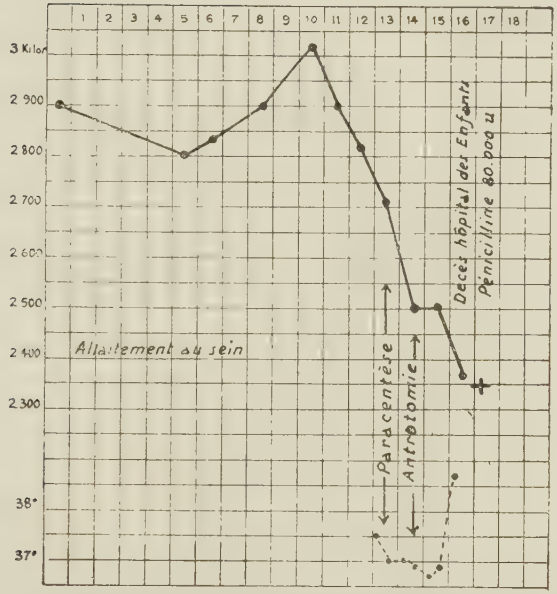
Observation LVI

(Pellegrin, 1946, n° 154)

II-pare de 32 ans, qui accouche prématurément, à 8 mois 1/2, le 10 février, d'une fille. Allaitement mixte. Le 15e jour, chute pondérale de 180 grammes en 48 heures, avec température à 37° 5. Paracentèse bilatérale : tympans rouges, sang des deux côtés. Amélioration passagère avec reprise de poids: et le 22e jour, nouvelle chute de 160 grammes, avec hypothermie, 35° 8. Antrotomie bilatérale : rien à droite, pus à gauche. Reprise rapide du poids ensuite.

Observation LVII

(Boursier, 1946, n° 173)



Courbe 8. *Obs. n°57. Antrite. Antrotomie. Pénicilline. Décès*

II-geste de 30 ans (avortement à 6 mois, B.W. négatif) accouche normalement, le 14 février, d'un garçon de 2 kilos 900. Allaitement au sein. Le 12e jour, l'enfant, qui avait repris son poids de naissance, perd 300 grammes en 3 jours. Otoscopie : tympans rouges. Paracentèse bilatérale : donne du sang. Le 13e jour, chute de poids de 200 grammes. Antrotomie bilatérale : à droite, os dur, fongosités dans l'antre; pas de pus; à gauche, os dur, antre à muqueuse épaissie et saignante. Le 14e jour, poids stationnaire, transeat au service de la pénicilline de l'Hôpital des Enfants et *décès* après avoir reçu 80.000 U.

Observation LVIII

(Pellegrin, 1946, n° 181)

IV-pare de 28 ans accouche à terme, le 20 février, d'un garçon de 3 kilos 900. Allaitement mixte. Le 12e jour, température élevée, avec écoulement spontané de l'oreille gauche. Paracentèse droite, pour tympan rouge : sang. Pas de chute de poids jusqu'ici. Puis chute brutale de 240 grammes. Température élevée, antrotomie bilatérale : pus des deux côtés. Malgré l'ouverture large des deux antres, la pénicilline administrée à la dose totale de 210.000 U., il y a syndrome de dénutrition accélérée aboutissant à la *mort* le 29e jour: pendant ces accidents, la mère incubait une scarlatine.

Observation LIX

(Pellegrin, 1946, n° 200)

II-pare de 23 ans, ayant un pneumothorax entretenu, accouche prématurément, à 8 mois 1/2, le 25 février, d'un garçon pesant 2 kilos 790. Allaitement artificiel. Le 8e jour, chute pondérale de 220 grammes en 48 heures. Température à 37° 4: tympans rouges et tendus. Paracentèse bilatérale : sang. Pas d'amélioration. Antrotomie 4 jours plus tard : pus à droite. *Mort* le lendemain, dans l'hyperthermie.

Observation LX

(Boursier, 1946, n° 293)

I-pare de 21 ans, qui accouche prématurément, à 8 mois 1/2 le 20 mars, d'une fille de 2 kilos 500. Allaitement mixte. Dès le 4e jour, l'enfant fait de la gastro-entérite, sans température. Chute

de poids notable. Devant l'inefficacité des soins et d'autant plu-qu'un coryza apparaît au 10e jour, on fait un examen O.R.L.: tympans rosés. Paracentèse bilatérale : à droite, sérosité louche. Température : 37° 4. Le lendemain, *exitus* de l'enfant en hypothrepsie et hypothermie. Antrotomie *post mortem* montre l'antre gauche plein de pus.

Observation LXI

(Boursier, 1946, n° 416)

II-pare de 25 ans accouche prématurément, à 7 mois, le 21 avril, d'une fille pesant 2 kilos 240. Allaitement maternel. L'enfant *meurt* au 9e jour, ayant perdu 200 grammes dès le 2e jour et le poids étant resté stationnaire depuis. *Mort* en hypothermie (35°). Nécropsie : dans les deux antres on trouve une sérosité sanglante.

Observation LXII

(Pellegrin, 1946, n° 432)

I-pare de 30 ans, qui accouche prématurément, à 7 mois 1/2, le 30 avril, d'un garçon de 2 kilos 080. Allaitement mixte. Le 12e jour, chute de poids sans élévation thermique; tympan gauche rouge et épaissi. Paracentèse : liquide louche. Le lendemain, état précaire. Antrotomie : antres grisâtres. Pénicillothérapie : 120.000 U. en 3 jours. Hypothermie et *décès* le 18e jour.

Observation LXIII

(Pellegrin, 1946, n° 496)

I-pare de 22 ans accouche le 15 mai, à terme, d'un garçon de 2 kilos 960. Suites de couches : lymphangite mammaire le 7e jour. Allaitement mixte; chute pondérale de l'enfant le 8e jour. Para-

centèse pour tympans rouges : sang. Amélioration pendant 48 heures avec petite reprise de poids. Nouvelle chute les 13e et 14e jours: le 15e jour, autrotomie gauche : méninges découvertes, rougeâtres, enflammées; un peu de sérosité purulente; pas de suture. Pénicilline : 35.000 U. *Décès* le lendemain en hypothermie

2° COMPLICATIONS PULMONAIRES

Observation LXIV

(Boursier, 1943, n° 249)

Cette courbe se rapporte à l'Observation LXV

Courbe 9 *Obs. n° 64. Otite compliquée pulmonaire. Décès*

III-pare de 27 ans, qui accouche à 8 mois, le 26 mars, d'un garçon pesant 2 kilos 220. Allaitement au sein. Le 11e jour, coryza discret, mais surtout éruption érysipélioïde en forme de culotte. Thiazomide. Guérison. Le poids repart, mais le 31e jour, érysipèle de la joue droite; température à 38° 2. Poids : 2 kilos 630. Thia-

zomide. 7 jours après, l'érysipèle est guéri, mais chute pondérale importante. Température à 38°. Les deux oreilles suppurent. *Mort* quatre jours plus tard, malgré un traitement sulfamidé. Nécropsie : antres normaux, mais poumons hépatisés. Grosse rate.

Observation LXV

(Boursier, 1945, n° 199)

I-pare de 20 ans, qui accouche prématurément, le 2 mars, après rupture prématurée des membranes et forceps pour souffrance fœtale. Révision utérine pour hémorragie. Fille de 2 kilos 600 nourrie au sein. Chute pondérale brutale de 700 grammes en 11 jours, sans troubles (une fois température à 38°). Pas de coryza. *Décès* le 10e jour. Nécropsie : pus dans les deux antres, avec modification de l'os. Au niveau du poumon droit, condensation du lobe inférieur avec foyer de suppuration.

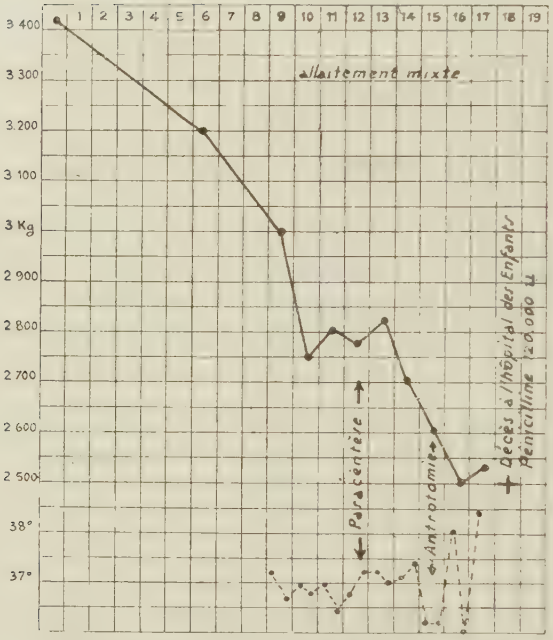
Observation LXVI

(Boursier, 1946, n° 23)

I-pare de 21 ans, ayant un bassin généralement rétréci, à qui l'on fait, le 8 janvier, un chloro-kélène-hypophyse, pour longueur de la dilatation, suivi de forceps. Suites de couches : pyélonéphrite à coli. Garçon de 3 kilos 430, nourri au sein. Le 20e jour, comme l'enfant a perdu 350 grammes depuis sa naissance, examen O.R.L.: rhino-pharyngite, otite moyenne aiguë bilatérale. Paracentèse bilatérale blanche. Dès le lendemain, l'enfant reprend du poids; mais le surlendemain (22e jour), broncho-pneumonie; transeat à l'Hôpital des Enfants, où il reçoit, en 10 jours, 500.000 U. de pénicilline et 10 gr. de sulfamides. Guérison complète.

Observation XLVII

(Boursier, 1946, n° 226)



Courbe 10. *Obs. 67. Antrite, Antrotomie, Pénicilline. Décès.*

I-pare de 21 ans (B.W. négatif) accouche à terme, le 3 mars, d'une fille de 3 kilos 420 (placenta de 740 grammes). Allaitement mixte. Au 11e jour, chute de poids de 700 grammes: enfant vomit; coryza. Râles bronchiques. Le 12e jour, otoscopie : à droite, tympan rosé; à gauche, tympan normal. Paracentèse bilatérale : à droite, sang; à gauche, sérosité. Le 14e jour, résultat du prélèvement nasal : bacille diphtérique. 9.000 U. de sérum antidiphtérique. Le 15e jour, la chute de poids continue. Antrotomie bilatérale : à droite, antre grisâtre; à gauche, pus. Le lendemain, la chute de poids continue; température : 38° 2; broncho-pneumonie; transeat à l'Hôpital des Enfants pour traitement à la pénicilline, mais *décès* dans la même journée.

Observation LXVIII

(Boursier, 1946, n° 245)

II-pare de 23 ans, qui accouche prématurément, à 8 mois 1/2, le 9 mars, d'une fille pesant 2 kilos 850. Allaitement maternel. Le 6e jour, diarrhée; température à 38°; toutefois, pas de vomissements. Le 12e jour, chute pondérale de 650 grammes depuis la naissance. La mère quitte le service sans autorisation. Le lendemain, otorrhée importante. Signes pulmonaires constatés par le médecin de famille. *Exitus.*

Observation LXIX

(Boursier, 1946, n° 290)

XII-pare de 41 ans, ayant 10 enfants vivants, bien portants, accouche à terme, le 18 mars, d'une fille de 3 kilos 380. Allaitement au sein: Le 10e jour, coryza; le poids de naissance n'est pas rattrapé. Température : 39°. Bronchite. Radiographie pulmonaire normale. Le 15e jour, otoscopie : tympan rose des deux côtés. Paracentèse bilatérale : des deux côtés, pus et sang. L'enfant quitte le service le lendemain; par la suite, nous avons appris que l'otite et les complications pulmonaires sont rentrées dans l'ordre sous surveillance médicale. La courbe de poids est redevenue ascendante rapidement.

Observation LXX

(Boursier, 1946, n° 321)

I-pare de 23 ans, ayant un passé pulmonaire suspect, accouche prématurément, le 26 mars, à 8 mois, d'une fille de 2 kilos 900. Allaitement artificiel. Le 8e jour, coryza; perte de poids de 100 grs.

Température : 37° 4. Le 9e jour, nouvelle chute de 200 grammes en 24 heures. Pas de température. Le 11e jour, l'enfant ayant perdu 400 grammes depuis sa naissance et ayant 38° 4 de température, otoscopie : tympans rouges des deux côtés. Paracentèse bilatérale : pus sous pression des deux côtés. Le 12e jour, sans température, la chute pondérale continue. Antrotomie bilatérale : à droite, pus; à gauche, fongosités sans pus. Pénicilline. Poids stationnaire le lendemain, mais broncho-pneumonie et rapide chute pondérale. *Mort* le 16e jour, en hyperthermie.

3° COMPLICATIONS MENINGEES

Observation LXXI

(Pellegrin, 1942, n° 574)

II-geste de 30 ans. B.W. négatif, mais le père de l'enfant est tuberculeux (poumons et mal de Pott) et syphilitique en traitement, accouche à terme, le 20 octobre, au forceps, d'un enfant pesant 3 kilos 580 (placenta : 700 grammes). Allaitement maternel. Au 19e jour, l'enfant, qui faisait depuis quelques jours de la gastro-entérite avec température à 38° (perte de 500 grammes depuis la naissance), présente de la raideur de la nuque : ponction lombaire : liquide clair. Le 20e jour, écoulement spontané de l'oreille droite; thiazomide; la courbe de poids remonte rapidement. Malgré de nombreux abcès sous-cutanés, l'enfant sortira en ayant rattrapé son poids de naissance.

Observation LXXII

(Pellegrin, 1943, n° 3)

III-pare de 44 ans (B.W. négatif) accouche, le 1er janvier, d'un garçon de 3 kilos 470. Allaitement au sein. Le 6e jour, coryza.

L'enfant a perdu 430 grammes depuis sa naissance. Température oscillante. Le 9e jour, 38° 8: raideur de la nuque: ponction lombaire: négative. Sulfamides. La température tombe. Toutefois, poids reste stationnaire, et au 22e jour, examen O.R.L.: les deux tympans sont rouges et bosselés. Paracentèse bilatérale: pus. L'état général s'améliore rapidement et l'enfant reprend du poids. Revu plus tard, il présente des périodes de suppuration chronique des deux oreilles.

4° COMPLICATIONS CUTANEES

Abcès généralisés

(Voir Observation LXXI)

Observation LXXIII

(Boursier, 1945, n° 705)

I-pare, 38 ans, accouche prématurément à 8 mois, le 21 août, de deux jumeaux. Suites de couches graves. Pénicilline. Les deux jumeaux (Jacqueline accouchée normalement, Jacques avec version par manœuvres internes) sont nourris au lait concentré sucré. Malgré un coryza diphtérique, Jacqueline profite bien. Jacques, par contre, le 14e jour, a perdu 230 grammes sans température, ni troubles digestifs. Otoscopie : tympons ternes. Paracentèse bilatérale : ni sang, ni pus. Le lendemain, coryza diphtérique. Sérum. Le 16e jour, Jacques a encore perdu 120 grammes. Antrotomie bilatérale : pus, fongosités. Amélioration nette de l'état de l'enfant dans les jours qui suivent; mais de nombreux abcès se développent; la température remonte; et malgré un traitement à la pénicilline, général et local, l'enfant *meurt* le 31e jour.

Abcès localisés

Observation LXXIV

(Boursier, 1946, n° 264)

I-pare de 40 ans, qui accouche prématurément, à 8 mois, le 13 mars, d'une fille pesant 2 kilos 370. Allaitement artificiel. Le 6e jour, chute pondérale de 400 grammes. Température à 37° 6. Selles très liquides et jaunes. Le 7e jour, otoscopie : tympan droit rosé, tympan gauche gris. Paracentèse bilatérale : blanche. La température tombe le lendemain, mais le poids reste stationnaire. L'enfant présente alors un abcès sous-cutané de la région dorsale. Mère quitte le service sans autorisation. On a appris, depuis, que l'enfant a repris du poids et est bien portant.

Observation LXXV

(Pellegrin, 1945, n° 1097)

I-pare de 22 ans, accouche à terme, le 21 décembre, d'un garçon pesant 3 kilos. Allaitement maternel. Le 11e jour, chute de 240 grammes en 48 heures. Otoscopie : tympans rouges. Paracentèse bilatérale : sang des deux côtés. Reprise lente du poids, avec légère ascension thermique, due à un abcès dorsal, que l'on incise le 17e jour. Départ en bon état.

CONCLUSIONS

1. — L'otite moyenne, qui représente à peu près toutes les affections de l'oreille du nouveau-né, doit faire l'objet d'un chapitre spécial de la pathologie de ce dernier.

2. — Elle frappe plus facilement les débilités, les prématurés, les tarés, et le mode d'allaitement paraît avoir peu d'importance.

3. — Elle succède très souvent à un coryza, le milieu hospitalier, surtout encombré, étant un merveilleux milieu de propagation.

4. — Contrairement à l'opinion généralement admise, c'est d'abord une *otite* qui existe seule, mais peut se compliquer en particulier d'*antrite*. Plus exceptionnels sont les cas où l'oto-antrite existe d'emblée.

5. — L'otite se manifeste avant tout par une chute pondérale plus ou moins brutale, parfois isolée, parfois associée à un syndrome cholériforme ou toxi-infectieux.

6. — Des complications diverses, dues à la généralisation de l'infection initiale rendent le pronostic fatal.

7. — L'examen otoscopique est difficile et réclame un spécialiste exercé.

L'exploration se fera :

— Par la paracentèse;

— Par l'antrotomie, qui réunira à la fois les moyens de diagnostic et de thérapeutique. Mais il est à noter qu'une paracentèse ou une antrotomie blanches peuvent être suivies de guérison du syndrome de dénutrition.

8. — Le pronostic varie :

— Suivant l'âge du nouveau-né; il est d'autant plus grave que l'enfant est plus jeune;

— Suivant que l'infection siège dans la caisse : 17 % de mortalité ; ou se soit étendue à l'antre : 80 % de mortalité ;

— Suivant la précocité du traitement. D'où l'intérêt à agir tôt et fort si l'infection est au stade d'otite.

9. Le traitement sera d'abord prophylatique et dirigé contre le personnel et le milieu hospitaliers, contre les mères ou les parents atteints d'infection rhino-pharyngée.

Dans le traitement curatif, il ne faudra pas craindre d'être systématique, car l'issue fatale se produit si on n'intervient pas chez tout nouveau-né qui présente une chute pondérale importante sans raison.

On pratiquera une paracentèse, qui sera suivie, en cas de continuation de l'état morbide, d'une antrotomie précoce. La pénicilline à fortes doses et administrée très tôt sera d'un précieux secours.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puissè-je avoir un sort contraire.

Vu : Bordeaux, le 5 juillet 1946.

Le Doyen,
DUPÉRIÉ.

Le Président du Jury,
RIVIÈRE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER.
Bordeaux, le 8 juillet 1946.

Le Recteur,
A. MARCHAUD.

BIBLIOGRAPHIE

AUBRY et LEROUX-ROBERT. — La sulfamidothérapie en O.R.L., *Revue Méd. Fr.*, juin 1941.

ALOIN. — Mastoïdites et méningites de forme latente chez le nouveau-né et l'enfant du premier âge, *Lyon Médical*, août 1925.

BALDENWECK et ARNAUD (Guy). — Valeur fonctionnelle du labyrynthe vestibulaire chez le nouveau-né, *P. M.* du 15 janvier 1940.

BALMES. — *L'apophyse mastoïde chez l'enfant. Etude anatomique et radiologique.* Thèse, Montpellier, 1935.

BARBILLION. — *De l'infection septique d'origine otique chez les nourrissons.*

BARON. — Otite et adénoïdite chez le nourrisson, *Société de Lar. des Hôp. de Paris*, 15 mars 1945.

BOILEAU (Ch.). — *Etude clinique des otites latentes des nourrissons.* Thèse, Nancy, 1943.

BOUCHE. — *Indications techniques et résultats de l'antrotomie dans les otomastoïdites du nourrisson.* Thèse, Paris, 1943.

BOUCHET. — Séméiologie des mastoïdites et sulfamidothérapie. *Société de Pédiâtrie de Paris*, 17 février 1941.

BOURGEOIS (H.). — Sur les causes de la chronicité des otites suppurées, *J. M. F.*, octobre 1924, page 381.

BOURSIER. — Otites du nouveau-né, *Société d'Obstétrique et de Gynéc. de Bordeaux*, séance du 28 janvier 1946.

Boursier et Ducassou. — Idem, *Société de Méd. inf. de Bordeaux*, séance du 12 juin 1946.

Boursier, Rivière, Chastrusse et Molia. — La pénicilline dans l'oto-antrite du nouveau-né, *Société d'Obst. et de Gyn. de Bordeaux.*

Caroly. — *Contribution à l'étude des V. A. dans les six premiers mois de la vie.* Thèse, Paris, 1927.

Cathala et Boulenger. — Sur l'infection persistante de la caisse du tympan chez les opérés d'antrites, cause de dénutrition et d'athrepsie vraie, *Bull. Soc. Péd. Paris*, mars 1941. n° 3, page 128.

Caussé. — Etude anatomo-pathologique de l'oreille du nourrisson, athrepsique, *Soc. Ch. Péd.*, 19 décembre 1944.

Chastrusse. — *L'otite moyenne aiguë du nouveau-né*, prix Boisserie-Lacroix (Féd. des Œuvres Girondines de Protection de l'Enfance et Société de Méd. inf. de Bordeaux), novembre 1943.

— *L'otite moyenne aiguë du nouveau-né* (doit paraître dans la *Pédiâtrie*).

Chauveau. — Antrites du nourrisson sans lésion apparente du tympan, *Arch. Intern. de Laryng.*, 1906.

Comby. — Revue générale sur l'oto-mastoïdite du nourrisson, *Arch. Méd. d'enfants*, t. XL, pp. 644, 657, octobre 1937.

Damian. — *Contribution à la thérapeutique de l'oto-mastoïdite du nourrisson, en tant qu'elle reste maladie locale.* Thèse, Paris, 1943.

Debré. — *Quelques vérités premières sur les maladies des enfants*, Masson.

Delobel. — Iconographie topographique de l'oreille chez le nouveau-né, *Arch. Int. de Laryng.*, 1904, n°s 1, 2, 3, 4.

Dénéchau et Amsler. — Otite du nourrisson et du nouveau-né et infections estivales, *Bull. Méd.*, 11 février 1922.

DESCAZAUX. — *Otites latentes du nourrisson (moyens de diagnostic)*. Thèse, Bordeaux, 1946.

DESPONS. — L'otite du nourrisson, *Oto-Rhino., Rev. de Laryng., Soc. de Méd. Chir., Pharm. Toulouse,* novembre 1945 (*in P. M.*, 1946, p. 153).
n° 7, oct.-nov. 1942, p. 226.

— A propos des complications des otites des nourrissons, *J. de Méd. de Bordeaux,* 1943, p. 66; *Société Méd. inf. de Bordeaux,* 13 janvier 1943.

DUBREUIL. — *Leçons d'embryologie humaine.* Vigot frères.

ENCYCLOPÉDIE MÉDICO-CHIRURGICALE. — BOURGEOIS (R.). — Maladie de l'oreille, *Pédiâtrie,* II, p. 4070.

ESCAT. — De l'abus de certaines ponctions exploratrices en O.R.L., *Soc. de Méd. et de Chir. Toulouse,* 23 mai 1942; *O.R.L. Intern.,* avril 1942, n° 4, p. 109.

ERLICH (M^lle), de Varsovie. — Un syndrome d'otite moyenne, aiguë du nouveau-né, *Société de Pédiâtrie,* 17 mai 1938; *Bull. de la Société de Pédiâtrie,* 1938, n° 5, p. 346.

EVRARD (M^me). — *Contribution apportée par la radiologie au diagnostic et au pronostic de l'oto-mastoïdite dans la première enfance.* Thèse, Paris, 1943.

FORGEOT. — Présentation d'un lapin atteint d'otite moyenne suppurée, *Société de Microbiologie,* 7 février 1946 (*in P. M.*, 1946, p. 149).

GALAVIELLE. — *L'absence de l'antre mastoïdien. Déductions opératoires pour la cure des otorrhées chroniques.* Thèse, Montpellier, 1927.

GIRAUD et BERGIER. — A propos de l'otite aiguë du nourrisson. Considérations étiologiques, *Congrès Méd. des Bouches-du-Rhône,* séance du 6 décembre 1942.

GODLEWSKI. — Prophylaxie de la rhinite aiguë épidémique. *Journal Médical Français,* p. 407, oct. 1924.

GRANCHER, COMBY, MARFAN. - *Traité des maladies de l'enfance*, 1898, I, V. « Les maladies de l'oreille », par Moure.

GRENET, LALLEMANT, L'HIRONDEL et BŒLLE. — Le diagnostic des mastoïdites du nourrisson par la ponction de l'antre, *Soc. de Péd.*, 4 juillet 1940.

GRENET, LEVENT, ISAAC-GEORGES. — Sur la mastoïdite du nourrisson, *Soc. de Péd. de Paris*, séance du 18 février 19[illegible] (*in Bull. de la Soc. de Péd. de Paris*, 1936, t. XXXIV, p. 111).

GRENET et L'HIRONDEL. — Etude clinique de l'oto-mastoïdite du nourrisson. La ponction d'antre, *P. M.*, 22 août 19[illegible] p. 533.

GRENET, MILHIT, LALLEMANT, L'HIRONDEL et BŒLLE. Ponction de l'antre mastoïdien suspect d'antrite, *Société de Laryng. des Hôp. de Paris*, 10 juillet 1939 (*in Les Annales d'O.R.L.*, 1940, n[os] 5, 6, p. 320. Discussion).

GUILLON et SUREAU. — Deux cas de mastoïdite du nourrisson, traitement chirurgical et pénicilline locale, cicatrice complète en dix jours, *Société de Laryng. des Hôp. de Paris*, 14 mai 1945.

HALLE, GÉRARD et GARNIER. — Méningite d'origine otitique à micrococus catarrhalis, *Soc. de Méd. de Paris*, 18 novembre 1930 (*in Bull. de la Soc. de Paris*, 1930, t. XXVIII, p. 540.

HEMSATH. — Otite intra-utérine et néo-natale. Etude de 7 cas comprenant 1 cas de méningite otitique, *Arch. d'O.R.L.*, janvier 1936, t. XXIII, pp. 78, 92.

HOFFMANN. — Otite à coli. et méningite chez le nouveau-né, *Wien. Méd. Woch.*, 4 juillet 1936, n[os] 27, 28, p. 774.

HOLSCLAW, BŒHM et BIERMAN. Otitis média and mastoïdities infants under 3 months of age, *An. I. dis Chil.*, 39, 747, 1930.

JANET, TURPIN, BOURGEOIS et FRANCK. — Antrotomie et ponction d'antre. Statistique opératoire, *Soc. de Péd. de Paris*, séance du 7 juillet 1942.

KLOTZ. — Otite aiguë du nourrisson d'après la littérature allemande, *Ann. d'O.R.L.*, p. 9, 1932, n° 1.

LAPLANE. — Complications pulmonaire des oto-mastoïdites du nourrisson, *Soc. de Péd. de Paris*, 31 octobre 1941.

LAURENS et PIERRA. — Les infections naso-pharyngées et leurs conséquences chez le nouveau-né, *L'Obstétrique*, 1905, pp. 208-234.

LASSERRE. — *Considérations sur les antrites et adénoïdites du nourrisson*. Thèse, Paris, 1943.

LE MÉE (Jacques), BLOCH (André) et CAZEJUST (Paul). — Les otites latentes chez l'enfant, *Congrès Soc. Fr. d'O.R.L.*, 1925.

LE MÉE. — Otite moyenne de la première enfance (au-dessous de 5 ans), *Lancet*, 15 mai 1937, p. 1171.

— Discussion sur l'otite moyenne de la première enfance, *Proc. Roy. Soc. Méd.*, août 1937, t. XXX, n° 10, p. 1293 à 1318.

LE MÉE et BOUCHET. — L'otite latente de l'enfant, *J. M. F.*, octobre 1924, p. 390.

LE MOYNE. — Existe-t-il une antrite occulte du nourrisson ? *Société de Laryng. des Hôpitaux de Paris*, 15 mars 1945.

LEROUX (Robert). — L'otite du nourrisson et du nouveau-né, *P. M.*, 17 décembre 1921.

— Les inconvénients ou les méfaits de la sulfamidothérapie systématique des otites, *Rev. Méd. Fr.*, octobre 1943.

LEVESQUE, PERROT et RENAULT. — Les fonctions de l'antre dans les oto-mastoïdites du nourrisson, *Soc. de Péd.*, 7 juillet 1942.

LEVESQUE, PERROT et TARDIEU. — Injection intra-veineuse de cocaïne dans les états hypertoxiques du nourrisson, *Soc. Péd. de Paris*, 21 avril 1942 (*in E. M. C.*, 4127).

LEVESQUE, PERROT et RENAULT. — La ponction de l'antre dans le diagnostic des oto-mastoïdites des nourrissons, *Nourrison*, juillet 1942, n° 4, p. 105.

LEVESQUE, BASTIN et BRISSET. — A propos de la communication de M. Caussé sur la mastoïdite des nourrissons, *Soc. de Péd.*, le 20 février 1945.

L'HERMITTE. — La ponction d'antre mastoïdien, *Les Annales O.R.L.*, 1942, n°s 1, 3, p. 1.

L'HERMITTE. — *La ponction d'antre. Importance de l'oto-mastoïdite dans la pathologie du nourrisson*. Thèse, Paris, 1941.

— La ponction de l'antre mastoïdien du nourrisson suspect d'antrite, *Soc. de Laryng. des Hôp. de Paris*, 10 juillet 1939 (*in Les Annales d'Oto-Laryng.*, 1940, n°s 5, 6, p. 320, Discussion).

LÉVY-SOLAL. — L'otite du nouveau-né. Les rapports avec le syndrome de dénutrition progressive du nouveau-né, *Presse Médic.*, 19 janvier 1946.

MAIRE et CHOMÉ. — Les infections de l'oreille moyenne chez le nouveau-né, *Gyn. et Obst.*, t. VI, 1922, n° 5, p. 320.

MARFAN. — *Clinique des maladies de la première enfance*. Masson, 1931, *L'otite moyenne diphtérique*, p. 313.

Note sur les suppurations de l'oreille moyenne et de la mastoïde chez le nouveau-né et le nourrisson, *Le Nourrisson*, 1941, p. 222.

MORQUIO. — Méningite cérébro-spinale et otite, *Soc. de Péd. de Paris*, 16 octobre 1928 (*in Bull. de la Soc. de Paris*, 1928, t. XXVI, p. 391).

MOURET. — Des déhiscences intra-crâniennes des cavités de l'oreille moyenne, *Bull. et Mém. de la Soc. Fr. d'Otologie*, 1920.

NOBÉCOURT. — Syndromes cholériques des petits enfants et rhino-pharyngites, otites, oto-mastoïdites, *P. M.*, 1941, p. 559. *Société de Méd. Chir. Pharm. Toulouse*, nov. 1945 (*in*

NOBÉCOURT et ROSENKOVITCH (M^lle). — Méningite puriforme aseptique et paralysie faciale après une otite moyenne suppurée, *Soc. de Péd.*, 16 janvier 1940.

POINSO et GUÉRIN. — Considérations sur l'oto-mastoïdite du nourrisson (à propos de 33 obs. personnelles), *Comité Méd. des Bouches-du-Rhône*, 18 mai 1945 (*in P. M.*, 1945, p. 599).

POMMERET. — *Essai clinique sur l'antrite du nourrisson, diagnostic et traitement.* Thèse, Paris, 1943.

PARROT. — La fréquence des infections et suppurations de l'oreille moyenne chez le nourrisson et le nouveau-né, *Société Médicale des Hôp.*, août 1869.

PORTMANN et BERGER. — Les mastoïdites latentes, *P. M.*, 12 juin 1943, p. 306.

PRÉCIS DE PATH. CHIRURGICALE, Masson, t. II. — BOURGEOIS (H.).

RENAUD (Maurice). — Les otites et les suppurations du rocher chez le nourrisson, *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, n^os 28 et 29, 20 et 27 oct. 1921.

— Les otites et les suppurations du rocher chez le nourrisson, *Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, 20, 27 octobre 1941.

— Les otites latentes et méconnues, leur importance dans les états infectieux, *J. M. F.*, oct. 1944, p. 384.

RHEUTER. — Le nouveau-né normal et path., t. V de la *Pratique de l'art des accouchements.*

RIBADEAU-DUMAS. — L'emploi des sulfamides chez le nourrisson, *La Semaine des Hôp. de Paris*, 25 juin 1941.

RIBADEAU-DUMAS, RAMADIER, GUILLON et MELLETIER. — La mastoïdite du nourrisson, *Bull. Soc. de Péd.*, janvier 1936, t. XXXIV, p. 33.

RIBADEAU-DUMAS, CHABRUN et FENARD. — Nouvelles remarques sur les oto-mastoïdites du nourrisson. *Bull. Soc. Péd. de Paris*, juin 1941, n° 6, p. 224.

RIVIÈRE et CHASTRUSSE. — Notre expérience de l'oto-antrite du nouveau-né, *Soc. d'Obst. et Gyn. de Bordeaux*, séance du 28 janvier 1946.

RIVIÈRE, MOURE et CHASTRUSSE. — A propos de 30 nouveaux cas d'oto-antrite du nouveau-né, *Soc. de Méd. Inf. de Bordeaux*, séance du 12 juin 1946.

ROUGET. — Les otites du nourrisson. *La Méd. Intern.*, mai 1939, p. 189.

ROUVIÈRE (Mme). — *Contribution à l'étude du développement de l'antre et des cellules mastoïdiennes chez l'homme*. Thèse, Montpellier, 1910.

SCHWARZBART. — L'otite moyenne fœtale. *Monatschr., f. Ohrer Keilk*, 718, 1937.

TESTUT, LATARJET. — *Traité d'anatomie humaine*, 1930, t. III, p. 748.

VAYSSIÈRES, GIRAUD et SANSOT. — Hyperthermie du nouveau-né par otite moyenne suppurée, *Soc. de Méd. de Marseille*, 7 juillet 1937.

VEILLARD. — *Contribution à l'étude des otites du nouveau-né et du nourrisson et en particulier des états spéciaux de l'oreille moyenne que l'on trouve à l'autopsie*. Thèse, Paris, 1899.

La bibliographie de l'oto-mastoïdite du nouveau-né et du nourrisson est immense. Nous avons signalé seulement les travaux qui traitent plus spécialement du nouveau-né et ceux que nous avons lus. Les circonstances nous ont empêché d'en consulter quelques-uns.

ERRATUM

A la page 43, à la dix-huitième ligne, au lieu de: (Obs. XXI), lire: (Obs. XXXI).

BORDEAUX
IMPRIMERIE RENÉ SAMIE
21, 23 RUE TEULÈRE
—
1946